



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS SRIWIJAYA

Jln. Palembang – Prabumulih KM. 32 Inderalaya Ogan Ilir
Telepon. (0711) 580645, 580069, 580225, 580169, 580275 Faksimile (0711) 580644
Laman : www.unsri.ac.id

KEPUTUSAN
REKTOR UNIVERSITAS SRIWIJAYA
Nomor : 0109/UN9.3.1/SK/2022

TENTANG

PENETAPAN JUDUL DAN PENUNJUKAN
TENAGA PELAKSANA PENELITIAN BAGI DOSEN SKEMA UNGGULAN
KOMPETITIF TAHAP I UNIVERSITAS SRIWIJAYA TAHUN 2022

REKTOR UNIVERSITAS SRIWIJAYA

- Menimbang :
- bahwa untuk melaksanakan kegiatan Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I Bagi Dosen Universitas Sriwijaya Tahun 2022 maka perlu adanya pernetapan Judul Penelitian dan Penunjukan Tenaga Pelaksana Penelitian;
 - bahwa mereka yang namanya tercantum dalam lampiran Surat Keputusan ini dianggap mampu dan memenuhi syarat untuk ditunjuk sebagai tenaga peneliti, dengan judul penelitian, dan besaran biaya yang tercantum pada lampiran Surat Keputusan ini;
 - bahwa berdasarkan hasil evaluasi reviewer dan berdasarkan luaran yang dipersyaratkan, judul penelitian dalam lampiran surat keputusan ini layak didanai;
 - bahwa sehubungan dengan huruf a, b, dan c di atas perlu diterbitkan Surat Keputusan sebagai pedoman dan landasan hukumnya.

- Mengingat :
- Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003, tentang Sistem Pendidikan Nasional;
 - Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012, tentang Pendidikan Tinggi;
 - Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014, tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi;
 - Peraturan Menteri Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi R.I. Nomor 12 Tahun 2015, tentang Organisasi dan Tata Kerja Universitas Sriwijaya;
 - Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi R.I. Nomor 17 Tahun 2018 tentang Statuta Universitas Sriwijaya;
 - Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi R.I. Nomor 20 Tahun 2018 tentang Penelitian;
 - Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan R.I. Nomor 3 Tahun 2020, tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi;
 - Keputusan Menteri Keuangan R.I. Nomor 190/KMK.05/2009, tentang Penetapan Universitas Sriwijaya pada Depdiknas sebagai Instansi Pemerintahan yang Menetapkan PK-BLU;
 - Keputusan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi R.I. Nomor 32031/M/KP/IV/2019, tentang pengangkatan Rektor Universitas Sriwijaya.

Paraf	WR 1	WR 2	LP2M

MEMUTUSKAN:

- Menetapkan** : KEPUTUSAN REKTOR UNIVERSITAS SRIWIJAYA TENTANG PENETAPAN JUDUL DAN PENUNJUKAN TENAGA PELAKSANA PENELITIAN BAGI DOSEN SKEMA UNGGULAN KOMPETITIF TAHAP I UNIVERSITAS SRIWIJAYA TAHUN 2022
- KESATU** : Menetapkan nama peneliti, judul penelitian, dan besaran biaya penelitian yang tercantum pada lampiran Surat Keputusan ini.
- KEDUA** : Segala biaya yang timbul sebagai akibat penerbitan Surat Keputusan ini dibebankan pada anggaran belanja Universitas Sriwijaya tahun 2022 atau dana khusus yang disediakan untuk itu.
- KETIGA** : Memberi wewenang kepada Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Universitas Sriwijaya untuk menandatangani Surat Perjanjian Pelaksanaan Penelitian.
- KEEMPAT** : Memberi wewenang kepada Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Universitas Sriwijaya untuk melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan penelitian serta menyetujui laporan hasil penelitian.
- KELIMA** : Penelitian skema Unggulan Kompetitif wajib melibatkan dosen dalam satu rumpun/lintas ilmu minimal dua orang dan wajib melibatkan mahasiswa program doktor (S-3) dan/atau program magister (S-2) dan/atau program sarjana (S-1) minimal dua orang.
- KEENAM** : Semua kewajiban luran penelitian ini, baik publikasi maupun luaran lain menjadi tanggung jawab ketua dan anggota tim peneliti.
- KETUJUH** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, dengan ketentuan bahwa segala sesuatu akan diubah dan/atau diperbaiki sebagaimana mestinya apabila terdapat kekeliruan dalam keputusan ini.

Ditetapkan di: Indralaya

Pada tanggal : 28 April 2022

REKTOR,

ANIS SAGGAFF
NIP. 196210281989031002

Tembusan:

1. Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi RI;
2. Direktur Riset dan Pengabdian kepada Masyarakat Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi RI;
3. Wakil Rektor seluruh Bidang Universitas Sriwijaya;
4. Dekan Fakultas di lingkungan Universitas Sriwijaya;
5. Ketua Lembaga di lingkungan Universitas Sriwijaya;
6. Kepala Biro di lingkungan Universitas Sriwijaya;
7. Kepala Bagian Keuangan BUK Universitas Sriwijaya;
8. Yang bersangkutan.

NO	NAMA KETUA	JUDUL	ANGGOTA	MAHASISWA	FAKULTAS	DANA DITERIMA (Rp)
123	Dr. ERWIN, S.Si, M.Si	EKSTRAKSI PEMBULUH DARAH DI CITRA RETINA MENGGUNAKAN MODIFIKASI FILTER KONVOLUSI DAN AMBANG SECARA DINAMIK	1. Dr. BAMBANG SUPRIHATIN, S.Si, M.Si 2. FATHONI, S.T, M.Si	1. MUHAMMAD NURYASIN OKTAPIAN [09031381823078] [S1] [Ilmu Komputer Akt.2018] 2. NUR RISKI CAHYATI [09011181823028] [S1] [Ilmu Komputer Akt.2018]	FASILKOM	59.000.000
124	Dr. Ir. BAMBANG TUTUKO, M.T	PENGEMBANGAN APLIKASI OTOMATIS PENDETEKSI ATRIAL FIBRILIASI BERDASARKAN DELINEASI SINYAL ELECTROCARDIOGRAM MENGGUNAKAN CONVOLUTIONAL NEURAL NETWORK	1. AHMAD RIFAL, S.T, M.T 2. ROSSI PASSARELLA, M.Eng	1. M. WAHYU RAMANSYAH [09011181823016] [S1] [Ilmu Komputer Akt.2018] 2. SAMUEL BENEDICT PUTRA TEGUH [09011281823076] [S1] [Ilmu Komputer Akt.2018]	FASILKOM	57.000.000
125	Dr. ABDIANSAH, S.Kom, M.Cs	APLIKASI UNIVERSITY CHATBOT BERBASIS DEEP LEARNING UNTUK MENINGKATKAN LAYANAN INFORMASI DI PERGURUAN TINGGI	1. ALVI SYAHRINI UTAMI, S.Si, M.Kom 2. FATHONI, S.T, M.M.Si	1. ADI KURNIAWAN [09021181823168] [S1] [Ilmu Komputer Akt.2018] 2. FEBYK ALEK SATRIA [09021181823003] [S1] [Ilmu Komputer Akt.2018]	FASILKOM	50.000.000
126	Dr. ROSTIKA FLORA, S.Kep, M.Kes	PEMANTAUAN STATUS GIZI BERDASARKAN ANTROPOMETRI DAN KADAE KALSUM SERUM PADA BALITA DI PEDESAAN	1. Dr. dr. MUHAMMAD ZULKARNAIN, M.Med 2. FATMALINA FEBRY, S.KM, M.Si	1. MUHAMMAD CHOLIL MUNADI [10012682125020] [Kesehatan Masyarakat Akt.2021] 2. BAYU ANGGRIANI [10012682125018] [Kesehatan Masyarakat Akt.2021] 3. ATIK WULANDARI [10012682125030] [Kesehatan Masyarakat Akt.2021]	FKM	57.000.000
127	Dr. RICO JANUAR SITORUS, S.KM, M.Kes	MODEL PREDIKSI STATUS KESEHATAN ANAK DENGAN HIV/AIDS (ADHA) DI SUMATERA SELATAN	1. ANITA CAMELIA, S.KM, M.K.K 2. SRI MARYATUN, S.Kep, M.Kep	1. RAHMI SAVITRI [10011281823192] [S1] [Kesehatan Masyarakat Akt.2018] 2. ISKA FATHIYA [10011181823013] [S1] [Kesehatan Masyarakat Akt.2018] 3. KHOFIAH [10011381823135] [S1] [Kesehatan Masyarakat Akt.2018]	FKM	55.000.000

NO	NAMA KETUA	JUDUL	ANGGOTA	MAHASISWA	FAKULTAS	DANA DITERIMA (Rp)
128	Dr. NOVRIKASARI, S.KM, M.Kes	MODEL INTEGRASI PENERAPAN KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA DALAM PEMBANGUNAN EMBUNG UNSRI DI UNIVERSITAS SRWIJAYA	1. IWAN STIA BUDI, S.KM, M.Kes 2. Dr. Drs. SYAFARUDDIN, M.Kes.	1. PUTERI WULANDARI [10011181823043] [S1] [Kesehatan Masyarakat Akt.2018] 2. WIRA WASISTHA [10011281823056] [S1] [Kesehatan Masyarakat Akt.2018] 3. ANGGI RIVAN AMELIA NASUTTON [10011281823099] [S1] [Kesehatan Masyarakat Akt.2018]	FKM	56.000,000
129	Dr. NUR ALAM FAJAR, M.Kes	PENCEGAHAN STUNTING DI TINGKAT KELUARGA BADUTA BERDASARKAN SOSIODEMOGRAFI DAN FAKTOR PREDISposisi DI KOTA PALEMBANG	1. Dr.rer.med. HAMZAH HASYIM, S.KM, M.KM 2. Ir. NURA MALAHAYATI, M.Sc., Ph.D	1. MARDIYATTUN NASYIDAH [10012682125021] [] [Kesehatan Masyarakat Akt.2021] 2. TRISKA SEPTI WAHYUNI [10012682125049] [] [Kesehatan Masyarakat Akt.2021] 3. AANNISAH FAUZAANIA [10012682125045] [] [Kesehatan Masyarakat Akt.2021]	FKM	50.000,000
Total						6.883.000,000

Terbilang : Enam milyar delapan ratus delapan puluh tiga juta rupiah





KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS SRIWIJAYA
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
 Jalan Raya Palembang – Prabumulih KM. 32 Indralaya Kabupaten Ogan Ilir 30662
 Telepon. (0711) 581077 Faksimile (0711) 580053
 Lamam : lppm.unsri.ac.id Surel : lppm@unsri.ac.id

KONTRAK PENELITIAN SKEMA UNGGULAN KOMPETITIF TAHAP I
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
UNIVERSITAS SRIWIJAYA
TAHUN ANGGARAN 2022
 Nomor : 0118.126/UN9/SB3.LP2M.PT/2022

Pada hari ini selasa tanggal tujuh belas bulan Mei tahun dua ribu dua puluh dua kami yang bertandatangan di bawah ini :

1. SAMSURYADI, S.Si., M.Kom., Ph.D : Sebagai Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Sriwijaya berdasarkan Surat Keputusan Rektor Universitas Sriwijaya Nomor 0509/UN9/SK.BUK.KP/2020 tanggal 16 April 2020 yang berkedudukan di Indralaya dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama Rektor Universitas Sriwijaya selanjutnya disebut **PIHAK PERTAMA**;
2. Dr . RICO JANUAR SITORUS, S.KM, : Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya, dalam hal ini bertindak sebagai Ketua Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I Tahun Anggaran 2022 sesuai Surat Keputusan Rektor Universitas Sriwijaya Nomor 0109/UN9.3.1/SK/2022 tanggal 28 April 2022 untuk selanjutnya disebut **PIHAK KEDUA**.

PIHAK PERTAMA dan **PIHAK KEDUA**, secara bersama-sama sepakat mengikatkan diri dalam suatu Kontrak Penelitian Skema Penelitian Unggulan Kompetitif Tahap I dengan judul “**Model Prediksi Status Kesehatan Anak Dengan Hiv/Aids (Adha) Di Sumatera Selatan**”. Tahun Anggaran 2022 dengan ketentuan dan syarat-syarat serta pasal-pasal sebagai berikut:

Pasal 1
Ruang Lingkup Kontrak

PIHAK PERTAMA memberi pekerjaan kepada **PIHAK KEDUA** dan **PIHAK KEDUA** menerima pekerjaan tersebut dari **PIHAK PERTAMA**, untuk melaksanakan Penelitian Skema Penelitian Unggulan Kompetitif Tahap I Tahun Anggaran 2022.

Pasal 2
Dana Penelitian

- (1) Besarnya dana untuk melaksanakan Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I sebagaimana dimaksud pada Pasal 1 untuk tahun anggaran 2022 sebesar Rp 55.000.000,- (Lima Puluh Lima Juta rupiah) sudah termasuk pajak.
- (2) Dana Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I sesuai dengan Pasal 1 dan sebagaimana dimaksud pada Pasal 2 ayat (1) dibebankan pada Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) Badan Layanan Umum (BLU) Universitas Sriwijaya Tahun Anggaran 2022 Nomor SP DIPA-023.17.2.677515/2022, tanggal 13 Desember 2021.


 1 dari 6

Pasal 3
Waktu Pelaksanaan

Kontrak Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I ini dilaksanakan dalam jangka waktu 158 hari kalender yang dimulai sejak tanggal 17 Mei 2022 sampai dengan tanggal 18 November 2022.

Pasal 4
Tata Cara Pembayaran

- (1) **PIHAK PERTAMA** akan membayarkan Dana Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I kepada **PIHAK KEDUA** dengan cara 3 (tiga) tahap yaitu :
- a. Pembayaran Tahap Pertama yaitu $45\% = (45\% \times \text{Rp } 55.000.000,-) = \text{Rp } 24.750.000,-$ (Dua Puluh Empat Juta Tujuh Ratus Lima Puluh Ribu rupiah) dilakukan setelah penandatanganan kontrak Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I, SPTJM, lembar pakta integritas, dan menerima merevisi/perbaikan proposal penelitian;
 - b. Pembayaran Tahap Kedua yaitu $35\% = (35\% \times \text{Rp } 55.000.000,-) = \text{Rp } 19.250.000,-$ (Sembilan Belas Juta Dua Ratus Lima Puluh Ribu rupiah) dilakukan setelah mengumpulkan laporan kemajuan pada tautan <http://sim.lppm.unsri.ac.id/2020/> dan telah diperiksa oleh Tim Validator/Reviewer.
 - c. Pembayaran Tahap Ketiga yaitu $20\% = (20\% \times \text{Rp } 55.000.000,-) = \text{Rp } 11.000.000$ (Sebelas Juta rupiah) dilakukan setelah menyerahkan laporan akhir Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I, yang dilengkapi dengan SPTJB, bukti pembayaran pajak, dan luaran penelitian, serta mengunggah laporan akhir dan luaran di tautan <http://sim.lppm.unsri.ac.id/2020/>
- (2) Dana Penelitian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) akan disalurkan oleh **PIHAK PERTAMA** kepada **PIHAK KEDUA** ke rekening sebagai berikut:

Nama : Dr . RICO JANUAR SITORUS, S.KM, M.Kes
Nomor Rekening : 0070420320
Nama Bank : BNI

- (3) Sewaktu menyerahkan laporan akhir, **PIHAK KEDUA** harus membuat Surat Pernyataan Tanggung Jawab Belanja (SPTJB) yang ditandatangani di atas materai Rp. 10.000,-.

Pasal 5
Target Luaran

- (1) **PIHAK KEDUA** berkewajiban untuk mencapai target luaran wajib berupa artikel ilmiah minimal jurnal internasional bereputasi atau artikel ilmiah di jurnal nasional terakreditasi minimal sinta 3, skripsi dan/atau tesis mahasiswa bimbingan yang terlibat, dan luaran tambahan.
- (2) **PIHAK KEDUA** berkewajiban untuk melaporkan perkembangan pencapaian target luaran setiap mengajukan termin pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada **PIHAK PERTAMA**.

Pasal 6
Hak dan Kewajiban

- (1) Hak dan Kewajiban **PIHAK PERTAMA**:
- a. **PIHAK PERTAMA** berhak untuk mendapatkan luaran wajib dan luaran tambahan Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I dari **PIHAK KEDUA** sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5.

- b. **PIHAK PERTAMA** berkewajiban untuk memberikan dana Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I kepada **PIHAK KEDUA** dengan jumlah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2, dan dengan tata cara pembayaran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat 1 huruf a, b dan c.
 - c. **PIHAK PERTAMA** berhak mendapatkan Surat Pernyataan Tanggung Jawab Belanja (SPTJB) dan Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak (SPTJM) yang diserahkan ke Bendahara Pengeluaran Pembantu (BPP) LP2M.
- (2) Hak dan Kewajiban **PIHAK KEDUA**:
- a. **PIHAK KEDUA** berhak menerima dana Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I dari **PIHAK PERTAMA** dengan jumlah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1);
 - b. **PIHAK KEDUA** berkewajiban menyerahkan luaran wajib dan luaran tambahan Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I kepada **PIHAK PERTAMA**;
 - c. **PIHAK KEDUA** berkewajiban mempertanggungjawabkan penggunaan dana Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I yang diterimanya dengan menandatangani dan mengumpulkan Surat Pernyataan Tanggung Jawab Belanja (SPTJB) ke Bendahara Pengeluaran Pembantu (BPP) LP2M dan menyimpan bukti-bukti pengeluaran yang sewaktu-waktu diperlukan dapat diperlihatkan.
 - d. **PIHAK KEDUA** berkewajiban menuliskan pengakuan pada setiap publikasi sebagai berikut:
 1. Apabila publikasi tersebut dalam Bahasa Indonesia:
"Penelitian/publikasi artikel ini dibiayai oleh Anggaran DIPA Badan Layanan Umum Universitas Sriwijaya Tahun Anggaran 2021. SP DIPA-023.17.2.677515/2022, tanggal 13 Desember 2021,. Sesuai dengan SK Rektor 0109/UN9.3.1/SK/2022 tanggal 28 April 2022".
 2. *"The research/publication of this article was funded by DIPA of Public Service Agency of Universitas Sriwijaya 2022.
SP DIPA-023.17.2.677515 /2022, On Desember 13, 2021. In accordance with the Rector's Decree Number: 0109/UN9.3.1/SK/2022, On April 28, 2022".*

Pasal 7 **Laporan Pelaksanaan**

- (1) **PIHAK KEDUA** berkewajiban untuk menyerahkan Revisi Proposal Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I kepada **PIHAK PERTAMA** pada saat penandatanganan kontrak penelitian.
- (2) **PIHAK KEDUA** berkewajiban menyerahkan Laporan Kemajuan Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I kepada **PIHAK PERTAMA** paling lambat tanggal **19 Agustus 2022**
- (3) **PIHAK KEDUA** berkewajiban menyerahkan Laporan Akhir pelaksanaan Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I, SPTJB, Bukti Pembayaran Pajak, dan luaran penelitian, pada **PIHAK PERTAMA** sebelum pencairan dana Tahap III (Pasal 4 ayat 1 huruf c) paling lambat tanggal **18 November 2022**.
- (4) Laporan hasil Penelitian sebagaimana tersebut pada ayat (3) harus dibuat memenuhi ketentuan sebagai berikut:
 - a. Bentuk/ukuran kertas A4;
 - b. Halaman sampul (*cover*) ditulis nama Ketua dan Anggota
 - c. Di bagian bawah *cover* ditulis.

Dibiayai oleh:
Anggaran DIPA Badan Layanan Umum
Universitas Sriwijaya Tahun Anggaran 2022
SP DIPA-023.17.2.677515/2022, tanggal 13 Desember 2021
Sesuai dengan SK Rektor
SK Rektor 0109/UN9.3.1/SK/2022
tanggal 28 April 2022

Pasal 8 Monitoring dan Evaluasi

PIHAK PERTAMA dalam rangka pengawasan akan melakukan Pemantauan (*Monitoring*) dan Evaluasi Internal sewaktu-waktu terhadap kemajuan pelaksanaan Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I Tahun 2022.

Pasal 9 Penilaian Luaran

Penilaian luaran Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I dilakukan oleh Tim *Monitoring* dan Evaluasi (Monev) berdasarkan buku Pedoman Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat tahun 2021 atau sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Pasal 10 Perubahan Susunan Tim Pelaksana dan Substansi Pelaksanaan

Perubahan terhadap susunan tim anggota pelaksana dan substansi pelaksanaan Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I ini dapat dibenarkan apabila telah mendapat persetujuan tertulis dari Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Universitas Sriwijaya.

Pasal 11 Penggantian Ketua Pelaksana

- (1) Apabila **PIHAK KEDUA** selaku ketua pelaksana tidak dapat melaksanakan Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I ini, maka **PIHAK KEDUA** wajib mengusulkan pengganti ketua pelaksana yang merupakan salah satu dari anggota tim dari **PIHAK KEDUA** secara tertulis kepada **PIHAK PERTAMA**.
- (2) Apabila **PIHAK KEDUA** tidak dapat melaksanakan tugas dan tidak ada pengganti ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka **PIHAK KEDUA** harus mengembalikan seluruh dana penelitian tersebut kepada **PIHAK PERTAMA** yang selanjutnya disetor ke rekening Penerimaan Universitas Sriwijaya dan selanjutnya bukti setor tersebut akan dilaporkan ke Bagian Keuangan Universitas Sriwijaya dan diarsipkan ke bagian keuangan Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Universitas Sriwijaya.

Pasal 12 Pembatalan Perjanjian

Apabila di kemudian hari terhadap Judul Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 ditemukannya **duplikasi/plagiasi dengan Penelitian lain dan/atau** ditemukannya ketidakjujuran, itikad tidak baik, dan/atau perbuatan yang tidak sesuai dengan kaidah ilmiah yang dilakukan oleh **PIHAK KEDUA**, maka penelitian ini dinyatakan **Batal** dan **PIHAK KEDUA** wajib mengembalikan seluruh Dana Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I yang telah diterima yang selanjutnya akan disetor ke rekening Penerimaan Universitas Sriwijaya bukti setor sebagaimana dimaksud disimpan oleh **PIHAK PERTAMA**.

Pasal 13
Sanksi

- (1) Apabila sampai dengan batas waktu yang telah ditetapkan dalam Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I ini telah berakhir, namun **PIHAK KEDUA** tidak dapat menyelesaikan tugasnya, terlambat mengirim laporan akhir serta lampiran yang terkait lainnya maka **PIHAK KEDUA** dikenakan sanksi wajib berupa denda sebesar 1 o/ooo (satu per mil) per hari maksimal 7 dan lebih tujuh hari maksimal 5% (lima persen).
- (2) Apabila **PIHAK KEDUA** terlambat menyampaikan laporan kemajuan, maka kontrak diputuskan oleh **PIHAK PERTAMA** dan **PIHAK KEDUA** harus mengembalikan semua dana yang telah diterima ke rekening Penerimaan Universitas Sriwijaya.
- (3) Apabila **PIHAK KEDUA** tidak dapat menyelesaikan laporan akhir, maka **PIHAK KEDUA** dikenakan sanksi administratif berupa penghentian pembayaran dan tidak dapat mengajukan proposal Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat dalam kurun waktu 2 (dua) tahun berturut-turut.
- (4) Apabila **PIHAK KEDUA** melanggar salah satu unsur pada pasal 12, maka **PIHAK KEDUA** dan diberikan sanksi tidak dapat mengajukan proposal Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat dalam kurun waktu 2 (dua) tahun berturut-turut.

Pasal 14
Pajak-Pajak

Hal-hal dan/atau segala sesuatu yang berkenaan dengan kewajiban pajak berupa PPN dan/atau PPh menjadi tanggung jawab **PIHAK KEDUA** dan harus dibayarkan oleh **PIHAK KEDUA** ke kantor pelayanan pajak setempat sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan bukti setor dilampirkan saat penyerahan SPTJB.

Pasal 15
Peralatan dan/Alat

Hasil Pelaksanaan Penelitian yang berupa peralatan dan/atau alat yang dibeli dari pelaksanaan Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I ini adalah milik Negara dan dihibahkan kepada Universitas Sriwijaya atau Laboratorium Fakultas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 16
Penyelesaian Sengketa



Apabila terjadi perselisihan antara **PIHAK PERTAMA** dan **PIHAK KEDUA** dalam pelaksanaan Kontrak Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I ini akan dilakukan penyelesaian secara musyawarah dan mufakat, dan apabila tidak tercapai penyelesaian secara musyawarah dan mufakat maka penyelesaian dilakukan melalui proses hukum.

Pasal 17
Lain-lain

- (1) **PIHAK KEDUA** menjamin bahwa Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I tersebut belum pernah dibiayai dan/atau diikutsertakan pada Pendanaan Penelitian lainnya, baik yang diselenggarakan oleh instansi, lembaga, perusahaan atau yayasan, baik di dalam maupun di luar negeri;
- (2) Segala sesuatu yang belum cukup diatur dalam Kontrak Penelitian Skema Unggulan Kompetitif Tahap I dan dipandang perlu diatur lebih lanjut dan dilakukan perubahan oleh **PARA PIHAK**, maka perubahan-perubahannya akan diatur dalam perjanjian tambahan atau perubahan yang merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Perjanjian ini.


Perjanjian ini dibuat dan ditandatangani oleh PARA PIHAK pada hari dan tanggal tersebut di atas, dibuat dalam rangkap 3 (tiga) dan bermaterai cukup sesuai dengan ketentuan yang berlaku, yang masing-masing mempunyai kekuatan hukum yang sama.

PIHAK PERTAMA

AMSURYADI, S.S., M.Kom., Ph.D
NIP 197102041997021003

PIHAK KEDUA



Dr . RICO JANUAR SITORUS, S.KM, M.Kes
NIP 198101212003121002

Bidang Penelitian : Kesehatan

LAPORAN AKHIR

**PENELITIAN UNGGULAN KOMPETITIF
UNIVERSITAS SRIWJAYA**

**MODEL PREDIKSI STATUS KESEHATAN ANAK DENGAN HIV/AIDS (ADHA) DI
SUMATERA SELATAN**



Oleh :

Ketua Peneliti : Dr. Rico Januar S, S.KM, M.Kes(Epid) 0021018101

Anggota Peneliti : Anita Camelia, SKM.M.K.K.K 0018018007

: Sri Maryatun, S.Kep, Ns,M.Kep 0012027904

Dibiayai oleh:
Anggaran DIPA Badan Layanan Umum
Universitas Sriwijaya Tahun Anggaran 2022
No. SP DIPA-023.17.2.677515/2022, tanggal 13 Desember 2021
Sesuai dengan SK Rektor
Nomor : 0110/UN9.3.1/SK/2022
Tanggal 28 April 2022


**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SRIWIJAYA**

2022

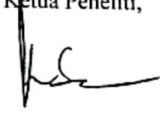
HALAMAN PENGESAHAN LAPORAN AKHIR
SKEMA PENELITIAN UNGGULAN KOMPETITIF

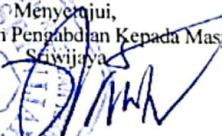
1. Judul Penelitian : Model Prediksi Status Kesehatan Anak dengan HIV/AIDS (ADHA) di Sumatera Selatan
2. Bidang Penelitian : Kesehatan
3. Ketua Peneliti
- a. Nama Lengkap : Dr. Rico Januar S, S.KM., M.Kes(Epid)
- b. Jenis Kelamin : Laki-laki
- c. NIDN/NIDK : 0021018101
- d. Pangkat dan Golongan : Penata Tk 1/ III d
- e. Pendidikan Terakhir : S-3
- f. Jabatan Fungsional : Lektor Kepala
- g. Fakultas/Jurusan/Prodi : Kesehatan Masyarakat/Ilmu Kesehatan Masyarakat/ Kesehatan Masyarakat
- h. Alamat/Kantor : Jl. Raya Palembang Prabumulih KM. 32, Ogan Ilir.
- i. Telepon/Faks : (0711)-580068; Fax (0711) 580089.
- j. Alamat Rumah : Perumahan Griya Buana Indah 2 blok B no 2. Soak Simpur, Sukabangun 2, Kec. Sukaramai, Palembang
- k. Telepon/HP/Faks/E-mail : 081367712221 / rico_januar@fkm.unsri.ac.id
- 4 Jumlah Anggota Peneliti : 2
- a. Nama Anggota I : Anita Camelia, SKM.M.KKK
NIDN/NIDK : 0018018007
- b. Nama Anggota II : Sri Maryatun, S.Kep, Ns.M.Kep
NIDN/NIDK : 0012027904
- c. Nama Anggota III :
5. NIDN/NIDK :
- 6 Jangka Waktu Penelitian : 1 Tahun
7. Jumlah Dana yang Disetujui : Rp. 55.000.000,-
8. Target Luaran TKT : 3
9. Nama, NIM dan Jurusan/Program Studi/BKU Mahasiswa yang Terlibat
1. Iska Fathiya /10011181823013/Ilmu Kesmas/Kesmas/Epidemiologi
 2. Zakia Aisyahrani/10011281823063/Ilmu Kesmas/Kesmas/Epidemiologi
 3. Khofifah/10011381823135 /Ilmu Kesmas/Kesmas/Epidemiologi

Menyetujui
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat,


Nama : Dr. Misnaniarti, SKM.MKM
NIP : 197606092002122001

Palembang, 18 November 2022
Ketua Peneliti,


Nama : Dr. Rico Januar S, SKM.M.Kes(Epid)
NIP : 198101212003121002

Menyetujui,
Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas
Sriwijaya

Samsuryadi, S.Si, M.Kom, Ph.D
NIP 197102041997021003

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dr. Rico Januar S, SKM,M.Kes(Epid)

NIP 198101212003121002

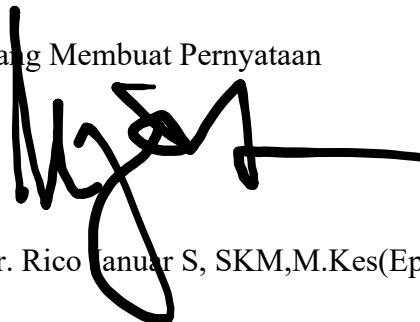
Fakultas : Kesehatan Masyarakat Unsri

Menyatakan bahwa Penelitian Unggulan Kompetitif Unsri Tahun 2022 yang berjudul **“Model Prediksi Status Kesehatan Anak dengan HIV/AIDS (ADHA) di Sumatera Selatan “** adalah original dan bukan dari kegiatan penelitian yang telah dilakukan serta bebas dari plagiat.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Indralaya, 18 November 2022

Yang Membuat Pernyataan



Dr. Rico Januar S, SKM,M.Kes(Epid)

RINGKASAN

Pengungkapan status HIV kepada anak yang terinfeksi sangat berperan penting dalam kesehatan dan kesejahteraan anak. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) melaporkan bahwa pengungkapan status HIV kepada anak-anak yang terinfeksi adalah pintu gerbang menuju pengobatan. Anak dengan HIV/AIDS kemungkinan besar dilahirkan dari orang tua yang HIV/AIDS positif.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran karakteristik Anak dengan HIV/AIDS, hubungan antara umur, jenis kelamin, infeksi oportunistik, kesehatan mental, pekerjaan orang tua, ANC waktu hamil, kelengkapan orang tua dengan status kesehatan ADHA,

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ADHA yang tercatat dilayanan Care Support and Treatment (CST), Komunitas Sriwijaya Plus dan yang ada di Masyarakat yang datanya ada di layanan kesehatan setempat di Sumatera Selatan. Sampel minimal dalam penelitian ini adalah adalah 65 penderita dengan Teknik pengambilan sampel *purposive sampling*. Analisis data dilakukan dengan menggunakan *software* analisis data statistik dengan analisis secara deskriptif secara univariat dan bivariat.

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata usia anak adalah 11 tahun dengan range umur 2,5 – 16 tahun. Pada analisis bivariat diperoleh bahwa tidak ada hubungan antara usia, jenis kelamin, riwayat penyakit, status kelengkapan orangtua, pekerjaan orang tua, kesehatan mental, pola asuh, dengan status kesehatan anak.

Tingkat Kesiapterapan Teknologi (TKT) penelitian yang diusulkan adalah TKT 3 yaitu pembuktian sejauh mana stigma sosial yang didapatkan oleh ODHA dalam mempengaruhi kepatuhan berobat, sehingga dapat digunakan untuk membuat sebuah kebijakan dan program kesehatan.

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Permasalahan HIV dan AIDS masih menjadi tantangan kesehatan hampir di seluruh dunia, termasuk di Indonesia. Sejak pertama kali ditemukan sampai dengan Juni 2018, HIV/ AIDS telah dilaporkan keberadaannya oleh 433 (84,2%) dari 514 kabupaten/kota di 34 provinsi di Indonesia.¹ Dalam beberapa tahun terakhir, pandemi HIV memiliki efek yang luar biasa pada anak-anak. Sekitar 10% dari infeksi HIV baru di dunia terlihat pada anak-anak. Jumlah anak yang terinfeksi HIV telah meningkat secara signifikan sejak kasus pertama AIDS diidentifikasi pada tahun 1982, sebagian besar di negara berkembang. Pada tahun 2010, diperkirakan 3,4 juta anak di bawah usia 15 tahun hidup dengan HIV secara global, dengan sekitar 240.000 infeksi baru 58% lebih rendah dari tahun 2002 dan diperkirakan 190.000 anak meninggal karena AIDS. Data Epidemiologi menunjukkan peningkatan kasus HIV/AIDS pada anak-anak. Data kumulatif penderita baru anak-anak yang terinfeksi sebanyak 150.000 ribu orang di tahun 2020 dengan mayoritas kasus terjadi di Kawasan kawasan Afrika, Asia, dan Pasifik.²

Salah satu risiko yang paling dikenal untuk anak-anak dari infeksi HIV orang dewasa adalah penularan vertikal. Intervensi pencegahan penularan dari ibu ke anak masih terbatas dan memerlukan perhatian yang besar. Infeksi HIV dalam keluarga dapat mengganggu atau membebani kapasitas dukungan orang dewasa dan keluarga yang terkena, dan berpotensi menyebabkan berbagai kesulitan bagi anak-anak saat mereka tumbuh dan berkembang³

Pengungkapan status HIV kepada anak yang terinfeksi sangat berperan penting dalam kesehatan dan kesejahteraan anak. Data menunjukkan bahwa hanya 52 % dari semua anak yang terinfeksi HIV berusia 0–14 memiliki akses ke terapi antiretroviral (ART) dibandingkan dengan cakupan 59% yang diamati pada populasi orang dewasa⁴ Hal ini bertentangan dengan pencapaian target global UNAIDS 90–90–90.⁵ Program UNAIDS adalah agar 90% orang yang hidup dengan HIV mengetahui status mereka, 90% di antaranya memulai terapi antiretroviral (ART), dan 90% dari mereka yang menerima ART harus ditekan virusnya.⁶

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) melaporkan bahwa pengungkapan status HIV kepada anak-anak yang terinfeksi adalah pintu gerbang menuju pengobatan. WHO lebih lanjut merekomendasikan pengungkapan yang terikat konteks dan harus sesuai usia.⁷ Anak dengan HIV/AIDS memiliki potensial mengalami co infeksi seperti tuberkulosis (TB). Prevalensi Tuberkulosis pada anak penderita HIV/AIDS sebesar 13,5 % - 20,3 %. Hal ini sangat berkaitan dengan intervensi pencegahan, skrining dan riwayat pajanan TB.⁸

Anak dengan HIV/AIDS kemungkinan besar dilahirkan dari orang tua yang HIV/AIDS positif. Anak yang lahir dari orang tua yang menderita HIV/AIDS memiliki potensi yang sangat besar untuk menjadi yatim piatu karna angka kematian akibat penyakit ini tinggi. Pada tahun 2017, sebanyak 1,8 juta anak di seluruh dunia menjadi yatim piatu karena AIDS.⁹

Berdasarkan hasil penelitian tahun 2021, proporsi anak dengan HIV/AIDS (ADHA) sebesar 1,6 % dengan rentang usia 10-13 tahun.¹⁰ Perkembangan saraf yang tertunda adalah hasil yang umum pada anak terinfeksi HIV perinatal. Temuan konsisten yang diamati pada sebagian besar penelitian yang dilakukan pada anak yang terinfeksi HIV adalah keterlambatan perkembangan saraf.^{11,12}

Permasalahan Kesehatan yang banyak dialami oleh ADHA ini juga berhubungan dengan tingkat kecerdasan. Mekanismenya melibatkan keadaan inflamasi di otak, yang dimediasi oleh sel mikroglia yang terinfeksi HIV dan makrofag yang diaktifkan. Cedera saraf terjadi melalui molekul pro-inflamasi, proapoptosis atau neurotoksik lainnya¹¹ Anak dengan HIV/AIDS mengalami malnutrisi yang lebih tinggi dibandingkan dengan anak yang tidak hidup dengan HIV/AIDS.¹³

Sumber daya keluarga berperan penting dalam melindungi anak-anak dari paparan dan kerentanan terhadap konsekuensi yang merugikan. Manajemen HIV yang baik dapat memperbaiki konsekuensi negatif dari penyakit. Akses ke pengobatan, penanganan kesehatan mental, sumber daya keuangan, pekerjaan, dukungan sosial dan perlindungan masyarakat telah terbukti menopang adaptasi orang dewasa dan dapat meminimalkan efek pada anak-anak. Peningkatan akses ke perawatan antenatal, desain program yang lebih baik, mengetahui determinan kesehatan ADHA dapat mengurangi jumlah infeksi di antara anak-anak. Banyak anak akan terpajan HIV meskipun tidak terinfeksi. Bukti terbaru menunjukkan paparan biologis saja dapat memiliki implikasi negatif, dan anak-anak ini akan lahir

dalam rumah tangga yang terkena dampak HIV, yang mengakibatkan risiko kesehatan, psikologis dan sosial lebih lanjut. Penelitian ini berfokus pada tingkat kecerdasan dan risiko kesehatan dari anak-anak yang terpajan, dan anak-anak lain yang tinggal di rumah tangga yang terkena dampak. Penelitian ini sangat layak untuk dilakukan untuk membantu menemukan solusi dan pemecahan masalah terkait dengan tingkat kecerdasan dan determinan kesehatan ADHA.

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran umum determinan kesehatan pada ADHA

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran karakteristik Anak dengan HIV/AIDS (ADHA).
- b. Untuk mengetahui hubungan antara umur dengan status kesehatan ADHA.
- c. Untuk mengetahui hubungan antara jenis kelamin dengan status kesehatan ADHA
- d. Untuk mengetahui hubungan antara infeksi oportunistik dengan status kesehatan ADHA
- e. Untuk mengetahui hubungan antara kesehatan mental dengan status kesehatan ADHA
- f. Untuk mengetahui hubungan antara pola asuh dengan status kesehatan ADHA
- g. Untuk mengetahui hubungan antara pekerjaan orang tua dengan status kesehatan ADHA
- h. Untuk mengetahui hubungan antara ANC waktu hamil dengan status kesehatan ADHA
- i. Untuk mengetahui hubungan antara kelengkapan orang tua dengan status kesehatan ADHA
- j. Untuk mendapatkan model prediktor yang mempengaruhi status kesehatan ADHA

C. Manfaat Penelitian

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat mengetahui karakteristik penderita HIV pada Anak
- b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat mengetahui permasalahan HIV pada Anak
- c. Hasil penelitian ini diharapkan dapat mengetahui status kesehatan anak dan berbagai faktor yang mempengaruhinya.

D. Peta jalan

Peneliti telah memulai kajian penelitian tentang permasalahan kesehatan tentang kesehatan pada Ibu dan Anak, narkoba, HIV/AIDS sejak tahun 2010. Permasalahan-permasalahan tentang Kesehatan Ibu dan Anak narkoba, rokok, HIV/AIDS merupakan area kajian peneliti. Hasil-hasil penelitian yang dilakukan Peneliti sebelumnya menjadi dasar dan *mapping* permasalahan-permasalahan yang diangkat dalam penelitian ini.

Berikut ini kajian- kajian penelitian yang telah dilakukan peneliti :

No.	Tahun Penelitian	Judul Penelitian	Hasil Penelitian
1	2010	Analisis Faktor Yang Berhubungan dengan Perilaku PENASUN Dalam Menggunakan Jarum Suntik Tidak steril	1. Mayoritas pengguna narkoba suntik tidak memikirkan dan tidak peduli dengan sterilisasi jarum suntik yang digunakan. 2. Jarum suntik yang tidak steril dan penggunaan secara bergantian menjadi sumber utama penyebab komplikasi penyakit yang dialami PENASUN
2	2012	Survei Penyalahgunaan Narkoba di sektor Transportasi	2. Supir, Masinis, Pilot, Nakhoda kapal pernah menggunakan narkoba 3. Jenis narkoba yang banyak digunakan adalah ekstasi dan ganja.
3	2013	Hubungan Sanitasi Lingkungan dan Perilaku	1. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara pembuangan tinja

		Kesehatan Ibu dengan Kejadian Diare pada Balita di Kecamatan Pamulutan Barat Kabupaten Ogan Ilir.	(jamban) dan pembuangan sampah terhadap kejadian diare pada Balita. 2. Sanitasi Lingkungan merupakan faktor yang dominan terhadap kejadian diare pada balita.
4	2014	Determinan Perilaku Seksual Berisiko Penyalahguna Narkotika.	1. Usia pertama kali berhubungan seksual ≤ 17 tahun merupakan variabel yang paling berpengaruh terhadap perilaku seksual berisiko dikalangan pecandu narkotika.
5	2015	Hubungan Pelayanan Antenatal terhadap Kejadian Maternal Near Miss di Indonesia.	1. Kunjungan antenatal berpengaruh terhadap kejadian Maternal Near Miss. 2. Responden dengan kunjungan antenatal tidak lengkap mengalami Maternal Near Miss sebesar 68,35 %.
6	2016	Determinan Kejadian Pre eklamsi pada Ibu hamil di RSUP M .Hoesin Palembang	Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian Pre eklamsi pada Ibu hamil adalah usia > 35 tahun, obesitas dan hipertensi. Faktor yang paling dominan yang berhubungan dengan kejadian Kejadian Pre eklamsi pada Ibu hamil adalah riwayat hipertensi.
7	2016	Model Prediksi Pengendalian Komplikasi Penyakit Penyerta (Komorbiditas) Penyalahguna Narkotika di Palembang.	Hasil penelitian ini membuktikan bahwa untuk mengendalikan komplikasi penyakit Penyerta adalah mencegah perilaku seksual berisiko. Perilaku berisiko mereka juga didukung bahwa saat mereka melakukan hubungan seksual tidak

			<p>menggunakan alat kontrasepsi. Berdasarkan analisis multivariat menunjukkan bahwa tidak melakukan hubungan seksual berisiko merupakan faktor yang dapat mencegah terjadinya komorbiditas (penyakit penyerta) dengan nilai <i>odds ratio</i> 0,47 dengan nilai confident interval 0,22 -0,99.</p>
8	2017	Model Penguatan Beban Keluarga dalam Pencegahan Relaps (kambuh) Penyalahguna Narkotika	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peran keluarga (Ayah, Ibu, Suami atau Istri sangat membantu menolong pasien narkotika untuk tidak relaps. 2. Anggota keluarga yang memiliki anggota keluarga yang menyalahgunakannarkotika mengalami tidur terganggu 93,5 %, merasa tidak nyaman 90,5 % dan ketegangan fisik 89 %.
9	2018	Model Prediksi Kejadian Stunting Pada Balita Usia 12 – 59 Bulan Di Kabupaten Ogan Ilir	<p>Analisis multivariat membuktikan bahwa anak-anak dengan pola asuh yang tidak baik berisiko (Adjusted Odds Ratio (AOR) = 3.03 (95 % CI :1.15-7.98) lebih besar untuk mengalami stunting dibandingkan dengan anak-anak dengan pola asuh yang baik. Anak-anak yang hidup dengan keluarga yang memiliki pendapatan di bawah upah minimum Kabupaten berisiko (AOR = 4.63 (95 % CI : 1.701-12.63) lebih besar dibandingkan dengan anak-anak yang hidup dengan keluarga yang memiliki</p>

			pendapatan di atas upah minimum Kabupaten. Anak-anak yang tidak mendapatkan Asi Eksklusif berisiko (AOR = 4.53 (95 % CI :1.64-12.49) lebih besar untuk mengalami stunting dibandingkan dengan anak-anak yang mendapatkan Asi Eksklusif.
10	2019	Analisis Risiko Penyakit Infeksi Pada keluarga di Daerah Rawa di Wilayah Kerja Puskesmas Karyajaya	Dari hasil pemodelan akhir multivariat diketahui bahwa variabel riwayat imunisasi merupakan variabel yang paling dominan menyebabkan infeksi berulang di wilayah kerja puskesmas Karya Jaya. Sedangkan variabel berat lahir, status gizi, kepadatan hunian, kualitas air
11	2020	Model Pencegahan Komorbiditas HIV pada Populasi Kunci dan Ibu Hamil dengan HIV	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa proporsi responden yang mempunyai komorbiditas (infeksi oportunistik) sebesar 27,6 %. Komorbiditas yang dialami responden adalah depresi sebesar 15,6% dan TB Paru sebesar 14,8 %. Selain itu, responden juga mengalami Infeksi oportunistik lainnya yaitu Hepatitis A, Hepatitis B, dan Hepatitis C. Dari hasil analisis multivariat diketahui variabel yang masuk model adalah Riwayat narkoba, Riwayat merokok dan Pekerjaan tidak berhubungan secara signifikan terhadap kejadian morbiditas, tetapi terbukti sebagai variabel perancu (<i>confounding</i>)

12	2021	Stigma Sosial dan Efek Kepatuhan Berobat pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA).	Proporsi responden yang tidak patuh berobat lebih tinggi mengalami stigma sosial yaitu 26,2 %, demikian juga untuk ODHA dengan kepatuhan tinggi juga mengalami stigma yang tinggi. Uji statistik dengan <i>chi square</i> menunjukkan nilai $p\ value = 0,085 > \alpha (0,05)$ dengan Prevalen Ratio (PR) 2,175 (0,962 – 4,915). Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan antara stigma social dengan kepatuhan berobat. Variabel yang mempengaruhi kepatuhan berobat adalah stress, sedangkan variabel selfefficacy merupakan variabel confounding
13	2022	Model Prediksi Status Kesehatan Anak Dengan Hiv/Aids (Adha) Di Sumatera Selatan	

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

1.1. Defiinisi HIV

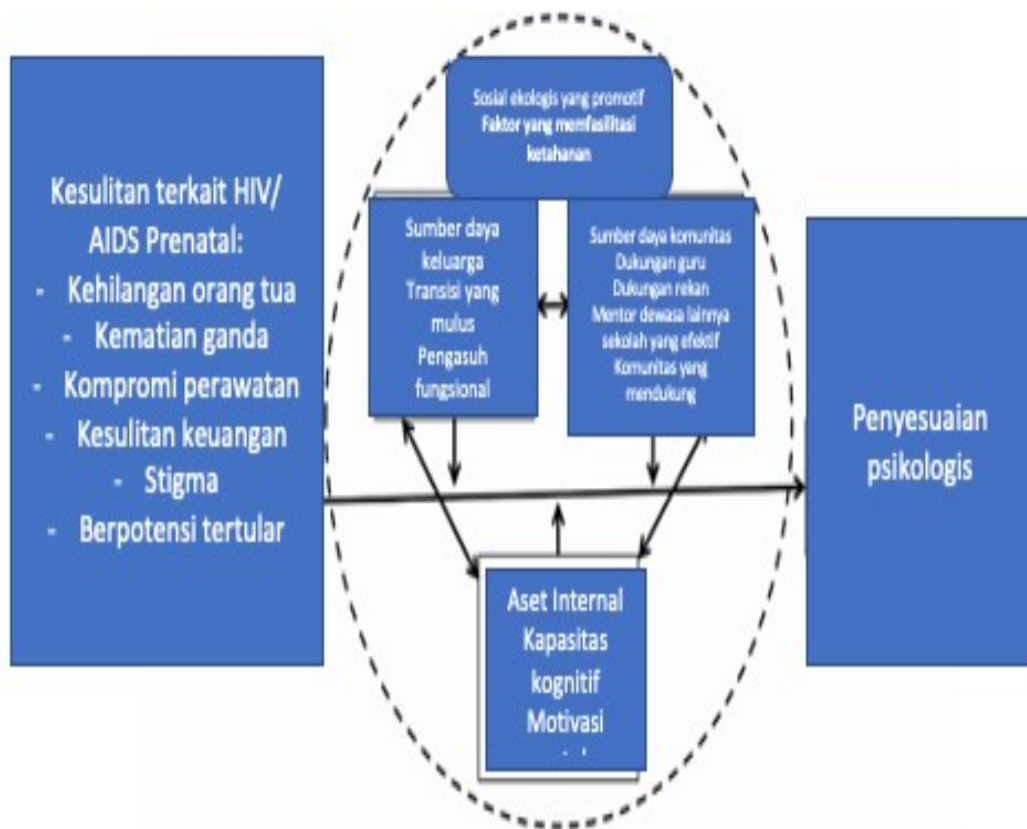
Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah suatu virus yang dapat menyebabkan penyakit AIDS. Virus ini menyerang sistem kekebalan (imunitas) tubuh sehingga menjadi lemah dalam melawan infeksi, kehadiran HIV di dalam tubuh akan menyebabkan defisiensi sistem imun. HIV membunuh atau merusak sel-sel sistem kekebalan tubuh terutama sel yang disebut sel T CD4-positif [CD4+] atau sel T pembantu, yang merupakan jenis sel putih yang penting untuk melawan infeksi, menghancurkan makrofag serta sel dendritik yang menyebabkan kemampuan tubuh untuk melawan infeksi dan kanker tertentu hancur¹⁴

1.2. Dampak HIV/AIDS Orang Tua pada Anak

Bagi sebagian besar anak-anak, orang tua adalah wali dan mitra mereka yang paling signifikan dalam mencapai tugas-tugas perkembangan yang kritis. Kehilangan orang tua sangat traumatis bagi kebanyakan anak. Aspek kesedihan anak-anak mungkin termasuk penyangkalan, delusi reuni dengan orang tua yang meninggal, tidak adanya ekspresi terbuka, dan perasaan marah dan celaan yang terus-menerus.

Penyakit dan kematian orang tua terkait HIV memiliki dampak yang mendalam dan bertahan lama pada kesejahteraan psikososial anak, yang berpotensi membahayakan masa depan anak. Diperlukan konseptual mengenai pengembangan ketahanan di antara anak-anak yang terkena dampak HIV. Tiga faktor ekologi sosial interaktif untuk mendorong proses ketahanan dan mengurangi dampak negatif HIV orang tua pada perkembangan psikologis anak. Aset internal, seperti kapasitas kognitif, motivasi untuk beradaptasi, keterampilan mengatasi, agama/spiritual, dan kepribadian, mendorong proses ketahanan. Sumber daya keluarga dan sumber daya masyarakat adalah dua faktor kontekstual kritis yang memfasilitasi proses ketahanan. Sumber daya keluarga berisi transisi yang mulus, pengasuh fungsional, hubungan keterikatan, dan disiplin pengasuhan. Sumber daya komunitas berisi dukungan guru, dukungan teman sebaya, mentor orang dewasa, dan sekolah yang efektif.¹⁵

1.3. Kerangka kerja konseptual: Ketahanan psikologis di antara anak-anak yang terkena HIV/AIDS.



Gambar 1. Ketahanan psikologis di antara anak-anak yang terkena HIV/AIDS.¹⁵

1.4. Dampak HIV/AIDS pada Anak

Jumlah anak yang kehilangan salah satu atau kedua orang tuanya karena HIV/AIDS terus meningkat dalam satu dekade terakhir, dengan sebagian besar dari mereka adalah anak-anak usia sekolah.

Peningkatan prevalensi HIV selama masa transisi dari masa kanak-kanak ke remaja memberikan bukti yang jelas tentang meningkatnya kerentanan HIV pada dekade kedua kehidupan. Paket intervensi berdampak tinggi yang mengurangi infeksi HIV, morbiditas, dan mortalitas telah diatur dengan jelas dalam pendekatan investasi UNAIDS.¹⁶

Pengalaman peristiwa traumatis dan stigma terkait HIV memiliki efek kontribusi langsung pada depresi di antara anak-anak yang terkena HIV/AIDS. Hubungan saling percaya bersama dengan orientasi masa depan dan dukungan sosial yang dirasakan memediasi efek peristiwa traumatis dan stigma terkait HIV pada depresi. Interaksi

dinamis antara orientasi masa depan, dukungan sosial yang dirasakan dan hubungan saling percaya. Hubungan saling percaya adalah faktor pelindung paling dekat untuk depresi.¹⁷

Dukungan sosial yang dirasakan dan orientasi masa depan berhubungan positif dengan hubungan saling percaya. Dukungan sosial yang dirasakan, hubungan saling percaya, dan orientasi masa depan menawarkan berbagai tingkat perlindungan yang dapat mengurangi efek peristiwa traumatis dan stigma terkait HIV pada depresi. Hubungan saling percaya dengan pengasuh memberikan sumber dukungan psikologis yang paling cepat. Intervensi pencegahan di masa depan yang berupaya meningkatkan kesejahteraan psikologis di antara anak-anak yang terkena HIV/AIDS harus memperhatikan faktor-faktor ini.

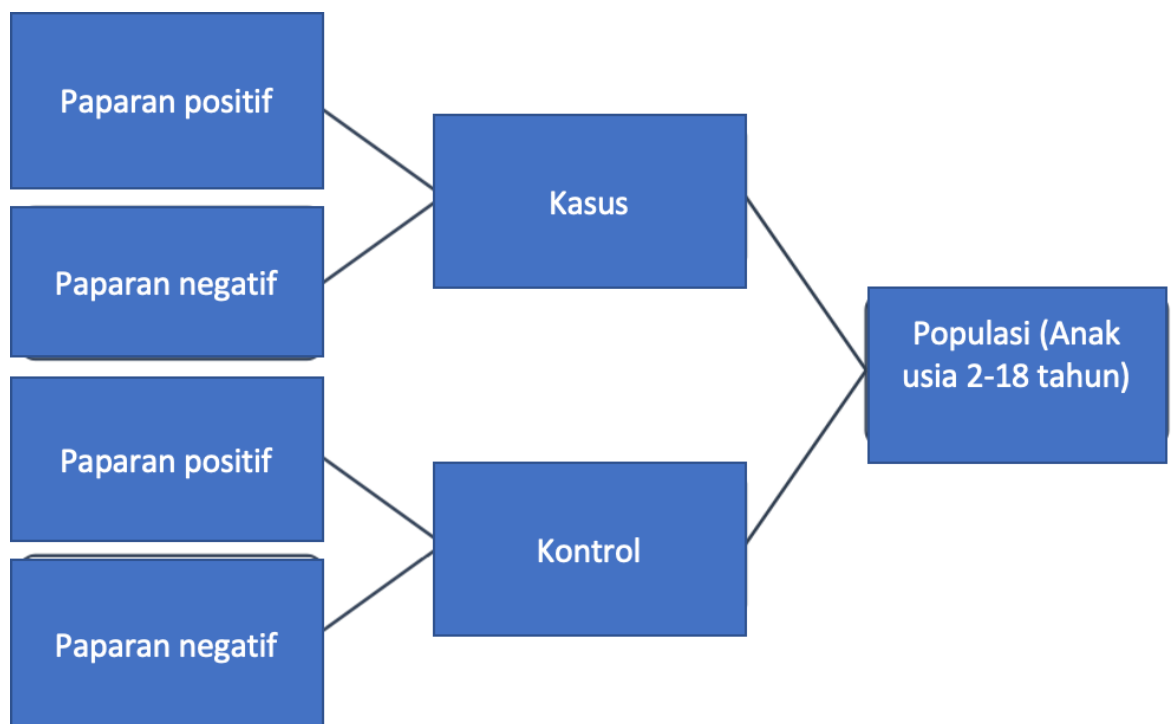
Penelitian sebelumnya telah mengungkapkan stigma terkait HIV pada kesejahteraan psikologis anak-anak yang terkena HIV/AIDS. Perlindungan psikologis dapat mengurangi dampak dan stigma terkait HIV pada kesejahteraan psikologis.¹⁷

Interaksi dinamis dari stigma yang berlaku, stigma yang dirasakan dan gejala depresi menunjukkan perlunya intervensi bertingkat dalam program pengurangan stigma untuk mempromosikan kesehatan mental anak-anak yang terkena HIV/AIDS.¹⁸

BAB 3 METODE PENELITIAN

1. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan studi observasional dengan desain studi Kasus Kontrol.



Gambar 2 : Rancangan Desain Kasus Kontrol

2. Populasi dan Sampel

2.1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ADHA yang tercatat dilayanan Care Support and Treatment (CST), Komunitas Sriwijaya Plus dan yang ada di Masyarakat yang datanya ada di layanan kesehatan setempat di Sumatera Selatan

2.2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini ada 2 kelompok yaitu :

1. Sampel Kasus : Anak usia 2-21 tahun dengan HIV/AIDS (ADHA) dengan terapi ARV atau yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.
2. Sampel Kontrol : Anak usia 2-21 yang tidak menderita HIV/AIDS yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

2.3. Besar Sampel

Besar sampel dihitung dengan menggunakan rumus Lemeshow, *et al* (1997) besar sampel desain *cross sectional* uji hipotesis dua proporsi populasi, yaitu

Besar sampel dihitung menggunakan rumus *case control* (OR) sesuai dengan desain penelitian yang diambil pada skripsi ini. Menurut ¹⁹, rumus perkiraan besar sampel minimal pada desain studi *case control*, sebagai berikut:

$$n = \frac{\$Z_{1-\alpha/2} \& 2P_2(1 - P_2) + Z_{1-\beta} \& P_1(1 - P_1) + P_2(1 - P_2) \cdot}{(P_1 - P_2)^2}^2$$

dimana

$$P = \frac{P_1 + P_2}{2}$$

$$P_1 = \frac{(+R)P_2}{(+R)P_2 + (1 - P_2)}$$

Keterangan :

n = besar sampel

Z_α = deviasi baku alfa dengan nilai 1,96 pada CI 95%

Z_β = deviasi baku beta dengan nilai 0,84 pada power 80%

P_1 = proporsi kesehatan mental yang rendah pada anak positif HIV/AIDS

P_2 = proporsi kesehatan mental yang rendah paada anak negatif HIV/AIDS

OR = odds ratio berdasarkan faktor risiko penelitian sebelumnya

Diketahui :

Penelitian terdahulu yang diambil dari jurnal

P_1 = 0,519

P_2 = 0,132

OR = 4,76

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

$Z_{1-\beta} = 0,84$

Sehingga perhitungan sampel dalam penelitian ini berdasarkan data sebelumnya adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha/2}\sqrt{2P_2(1-P_2)} + z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$$n = \frac{\{1,96 \sqrt{2 (0,132(1 - 0,132))} + 0,84 \sqrt{0,519(1 - 0,519) + 0,132(1 - 0,132)}\}^2}{(0,519 - 0,132)^2}$$

$$n = 14$$

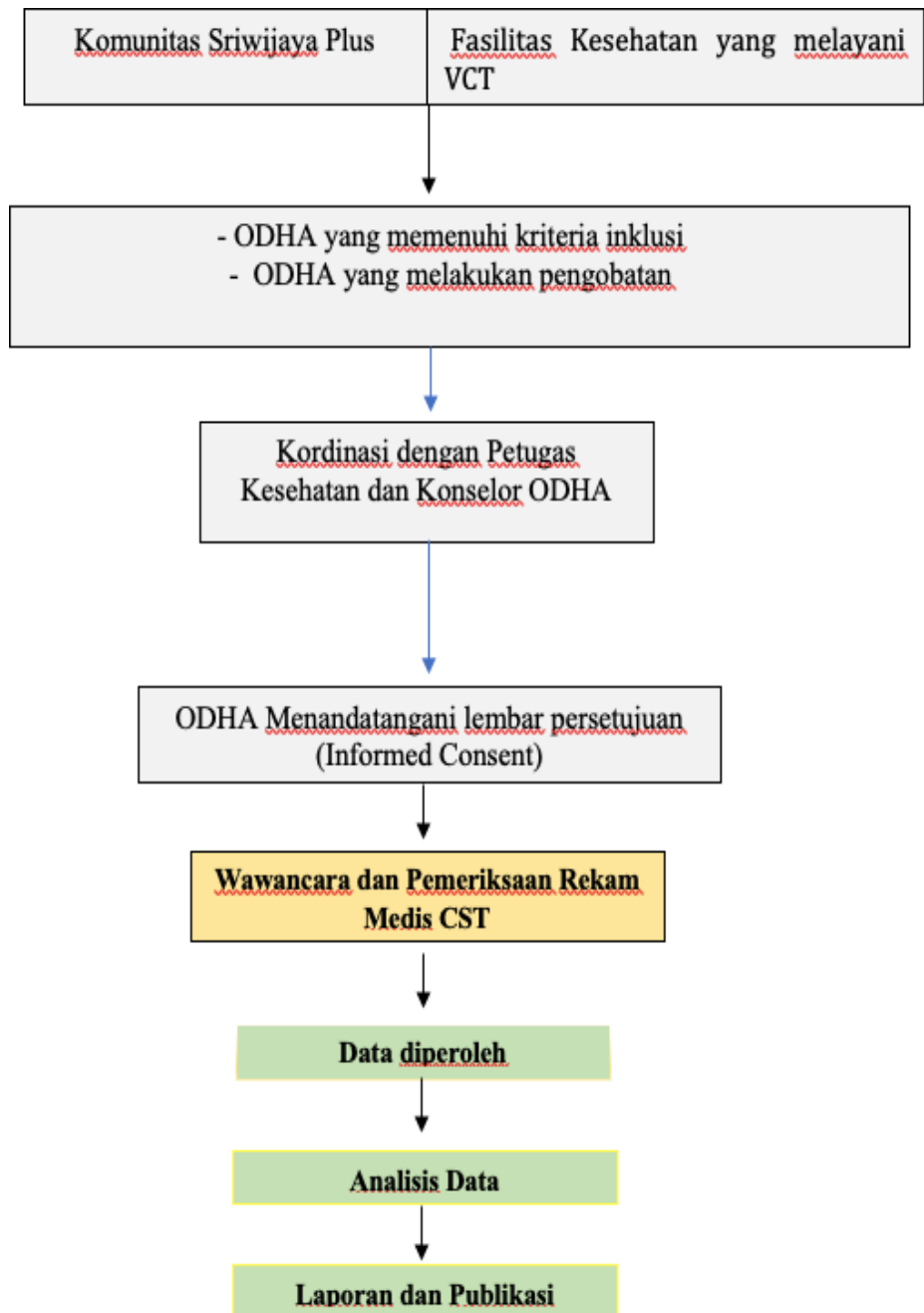
Dari hasil perhitungan melalui rumus, besar sampel minimal dengan tingkat derajat kemaknaan 5% dan kekuatan uji 95% diperoleh sebesar 14 sampel. penelitian ini dipilih kelompok *case* yaitu anak positif HIV/AIDS dan *control* yaitu anak negatif HIV/AIDS dengan perbandingan 1:3, sehingga besar sampel untuk kelompok kasus sebesar 14 dan kelompok kontrol sebesar 42, jadi total sampel sebesar 56.

2.4. Kerangka Sampel

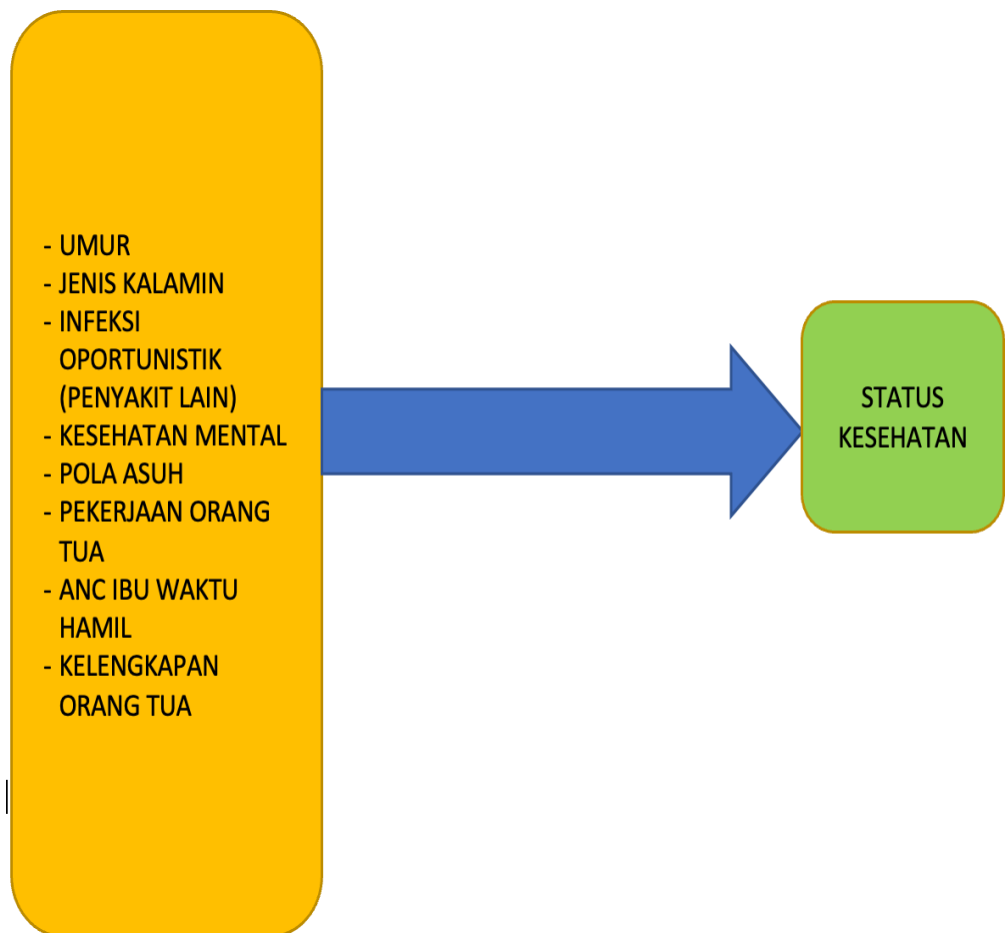
Sampel diambil diberbagai tempat dengan cara purposive sampling. Tempat pengambilan sampel dilakukan di Komunitas Sriwijaya Plus dan di Fasilitas Kesehatan yang melayani VCT (Rumah Sakit Moh. Hoesin, Puskesmas Dempo, dan Puskesmas Boom Baru) dan Wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Prabumulih.

3. Alur Penelitian

Penelitian ini dilakukan Komunitas Sriwijaya sebagai komunitas ODHA, di Masyarakat dan di layanan Kesehatan.



3.3. Kerangka Konsep Penelitian



3.4. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Status Kesehatan	Kondisi kesehatan atau keadaan umum anak saat dilakukan penelitian.	- Pemeriksaan fisik secara umum, pengukuran berat dan tinggi badan. - Wawancara	Timbangan, <i>stature</i> meter, dan kuisioner	1= Normal (IMT 18,5-25) 2= Tidak Normal (IMT < 18,5, > 25) ²⁰	Ordinal
2	Jenis kelamin	Status kelamin responden	Wawancara	Kuesioner	1= laki-laki 2=Perempuan	Nominal
3	Infeksi oportunistik	Penyakit penyerta yang pernah dialami	Wawancara	Kuesioner	1. Ada 2. Tidak ada	Ordinal
4	Kesehatan Mental	Kondisi kesehatan secara mental.	Wawancara	kesehatan mental pada anak ²¹	1. Ada gangguan 2. Tidak ada gangguan	Ordinal
5	Pola Asuh	cara yang diterapkan orang tua dalam mendidik anaknya,	wawancara	Kuisisioner pola asuh ²²	1. Non Demokratis 2. Demokratis	Ordinal
6	Pekerjaan orang tua	Status pekerjaan orang tua yang	wawancara	Kuisisioner	1. Tidak bekerja 2. Bekerja	Ordinal

		mendukung ekonomi keluarga				
7	ANC	Keteraturan pemeriksaan ibu sewaktu hamil ke layanan kesehatan	wawancara	Kuisisioner	1. Tidak teratur 2. Teratur	Ordinal
8	Kelengkapan orang tua	kondisi kedua orang tua (ayah dan ibu kandung yang masih hidup dan tinggal bersama (tidak bercerai).	Wawancara	Kuisisioner	1= Tidak Lengkap 2= Lengkap	Nominal
9	Usia	Usia anak yang dihitung sejak lahir sampai wawancara penelitian.	Wawancara	Kuisisioner	angka	Numerik

3. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah

1. Ada hubungan antara usia dengan status kesehatan anak
2. Ada hubungan antara jenis kelamin dengan status kesehatan anak
3. Ada hubungan antara infeksi oportunistik (penyakit lain) dengan status kesehatan anak
4. Ada hubungan antara kesehatan mental dengan status kesehatan anak
5. Ada hubungan antara pola asuh dengan status kesehatan anak
6. Ada hubungan antara pekerjaan orang tua dengan status kesehatan anak
7. Ada hubungan antara ANC dengan status kesehatan anak
8. Ada hubungan antara kelengkapan orang tua dengan status kesehatan anak

4. Analisis Data

A. Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif dilakukan dengan melakukan distribusi frekuensi untuk data karakteristik subyek yang meliputi semua variabel independent dan dependen.

B. Analisis Bivariat

Analisis ini dilakukan untuk melihat hubungan antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Uji statistik digunakan uji *chi-square test*. Nilai kemaknaan untuk menjawab hipotesis adalah alpha 5% dengan nilai *confidence interval* ditetapkan 95%. Bila *p value* < α (0,05) berarti ada hubungan bermakna antara variabel independen dengan variabel dependen atau H_0 ditolak. Namun jika *p value* > α (0,05) maka tidak ada hubungan bermakna antara variabel independen dengan variabel dependen atau H_0 diterima.

C. Analisis Multivariat

Analisis multivariat yang digunakan adalah analisis regresi logistik karena variabel dependen merupakan data katagorik, sehingga dapat diketahui variabel perancu (*confounding*). Analisis ini dilakukan dengan cara mengeluarkan variabel secara bertahap dari nilai *p* yang paling besar ($p > 0,05$) diantara variabel yang lain. Jika didapatkan perubahan nilai $OR > 10\%$ saat variabel tersebut dikeluarkan maka variabel yang dikeluarkan tersebut merupakan *confounding*.

BAB 4
HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Analisis Univariat

A. Analisis Deskriptif Berdasarkan Karakteristik Demografi

Tabel 4.1.1 Karakteristik Anak

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Max
Usia	11	11	3.4	2.5 - 16
	Variabel		HIV+ (n=13)	HIV- (n=52)
Jenis Kelamin	Laki-Laki		6 (46.2%)	31 (59.6%)
	Perempuan		7 (53.8%)	21 (40.4%)
Pendidikan Anak	Tidak/Belum Sekolah		4 (30.8%)	0 (0.0%)
	PAUD/TK		3 (23.1%)	3 (5.8%)
	SD		4 (30.8%)	29 (55.8%)
	SMP		2 (15.4%)	17 (32.7%)
	SMA		0 (0.0%)	3 (5.8%)
Status Kelengkapan Orang Tua	Tidak Lengkap		7 (53.8%)	1 (1.9%)
	Lengkap		6 (46.2%)	51 (98.1%)
Status Gizi	Gizi Kurang		1 (7.7%)	7 (13.5%)
	Normal		11 (84.6%)	26 (50.0%)
	Gizi Lebih		1 (7.7%)	19 (36.5%)

Dari tabel 4.1.1 dapat diketahui bahwa anak-anak dalam penelitian ini memiliki rata-rata usia 11 tahun dengan usia termuda 2.5 tahun dan usia tertua 16 tahun. Berdasarkan karakteristiknya pada kelompok HIV positif lebih banyak anak perempuan yaitu 7 anak (53.8%) dan pada kelompok HIV negatif lebih banyak anak laki-laki yaitu 31 anak (59.6%). Untuk tingkat pendidikan anak pada kelompok HIV positif mayoritas adalah belum sekolah dan SD masing-masing sebanyak 4 anak (30.8%), sedangkan pada kelompok HIV negatif mayoritas adalah SD yaitu sebanyak 29 anak (55.8%).

Untuk status kelengkapan orang tua pada kelompok HIV positif lebih banyak anak dengan kategori orang tuanya tidak lengkap yaitu 7 anak (53.8%) sedangkan pada kelompok HIV negatif hampir semua anak dengan kategori orang tua lengkap yaitu 51 orang (98.1%). Untuk status gizi pada kelompok HIV positif paling banyak status gizi kategori normal yaitu 11 orang (84.6%) dan kelompok HIV negatif juga lebih banyak anak yang status gizi kategori normal yaitu 26 orang (50%).

Tabel 4.1.2 Karakteristik Orang Tua

	Variabel	HIV+ (n=13)	HIV- (n=52)
Pendidikan Ayah	SD	3 (23.1%)	6 (11.5%)
	SMP	1 (7.7%)	12 (23.1%)
	SMA	8 (61.5%)	24 (46.2%)
	PT	1 (7.7%)	10 (19.2%)
Pendidikan Ibu	SD	4 (30.8%)	9 (17.3%)
	SMP	2 (15.4%)	9 (17.3%)
	SMA	7 (53.8%)	22 (42.3%)
	PT	0 (0.0%)	12 (23.1%)
Pekerjaan Ayah	PNS/TNI/POLRI	0 (0.0%)	11 (21.2%)
	Buruh	8 (61.5%)	24 (46.2%)
	Wiraswasta	4 (30.8%)	15 (28.8%)
	Belum / Tidak Bekerja	1 (7.7%)	2 (3.8%)
Pekerjaan Ibu	Ibu Rumah Tangga (IRT)	8 (61.5%)	33 (63.5%)
	PNS/TNI/POLRI	0 (0.0%)	5 (9.6%)
	Buruh	3 (23.1%)	8 (15.4%)
	Wiraswasta	0 (0.0%)	5 (9.6%)
	Belum / Tidak Bekerja	2 (15.4%)	1 (1.9%)
Penghasilan Keluarga per Bulan	<UMR	11 (84.6%)	19 (36.5%)
	≥UMR	2 (15.4%)	33 (63.5%)

Dari tabel 4.1.2 dapat diketahui bahwa distribusi frekuensi pendidikan ayah lebih banyak pada tingkat SMA baik untuk kelompok HIV positif dan HIV negatif, masing-masing sebanyak 8 anak (61.5%) untuk kelompok HIV positif dan 24 anak (46.2%) untuk kelompok

HIV negatif. Begitu juga dengan pendidikan ibu, masing-masing 7 anak (53.8%) untuk kelompok HIV positif dan 22 anak (42.3%) untuk kelompok HIV negatif.

Kemudian, untuk pekerjaan ayah pada kelompok HIV positif dan HIV negatif paling banyak adalah buruh yaitu 8 anak (61.5%) pada kelompok HIV positif dan 24 anak (46.2%) untuk kelompok HIV negatif. Untuk pekerjaan ibu baik kelompok HIV positif dan HIV negatif mayoritas adalah ibu rumah tangga yaitu sebanyak 8 anak (61.5%) pada kelompok HIV positif dan 33 anak (63.5%) pada kelompok HIV negatif. Untuk penghasilan keluarga pada kelompok HIV positif lebih banyak dibawah UMR yaitu 11 orang (84.6%) sedangkan kelompok HIV negatif lebih banyak penghasilan keluarga diatas UMR yaitu 33 orang (63.5%).

Tabel 4.1.3
Distribusi Frekuensi Jawaban Responden tentang Kesehatan Mental

No	Pertanyaan	Skala	ADHA		Non ADHA		Total	
			N	%	N	%	N	%
1	Apakah anda sering menderita sakit kepala?	Ya	5	55,6	33	63,5	38	62,3
		Tidak	4	44,4	19	36,5	18	37,7
2	Apakah anda sering tidak nafsu makan?	Ya	4	44,4	30	57,7	34	55,7
		Tidak	5	55,6	22	42,3	27	44,3
3	Apakah anda sulit tidur?	Ya	4	44,4	27	51,9	31	50,8
		Tidak	5	55,6	25	48,1	30	49,2
4	Apakah anda mudah takut?	Ya	1	11,1	28	53,8	29	47,5
		Tidak	8	88,9	24	46,2	32	52,5
5	Apakah anda cemas, tegang, atau khawatir?	Ya	1	11,1	30	57,7	31	50,8
		Tidak	8	88,9	22	42,3	30	49,2
6	Apakah tangan anda gemetar?	Ya	6	66,7	42	80,8	48	78,7
		Tidak	3	33,3	10	19,2	13	21,3
7	Apakah pencernaan anda terganggu/buruk?	Ya	9	100	49	94,2	58	95,1
		Tidak	0	0	3	5,8	3	4,9
8	Apakah anda sulit untuk berpikir jernih?	Ya	7	77,8	47	90,4	54	88,5
		Tidak	2	22,2	5	9,6	7	11,5
9	Apakah anda merasa tidak bahagia?	Ya	6	66,7	42	80,8	48	78,7
		Tidak	3	33,3	10	19,2	13	21,3
10	Apakah anda lebih sering menangis?	Ya	5	55,6	39	75,0	44	72,1
		Tidak	4	44,4	13	25,0	17	27,9
11	Apakah anda merasa sulit untuk menikmati kegiatan sehari-hari?	Ya	6	66,7	47	90,4	53	86,9
		Tidak	3	33,3	5	9,6	8	13,1
12	Apakah anda sulit untuk mengambil keputusan?	Ya	5	55,6	37	71,2	42	68,9
		Tidak	4	44,4	15	28,8	19	31,1
13		Ya	3	33,3	48	92,3	51	83,6

	Apakah aktivitas sehari – hari anda terganggu?	Tidak	6	66,7	4	7,7	10	16,4
14	Apakah anda tidak mampu melakukan hal – hal yang bermanfaat dalam hidup?	Ya	9	100	49	94,2	58	95,1
		Tidak	0	0	3	5,8	3	4,9
15	Apakah anda kehilangan minat pada berbagai hal?	Ya	9	100	45	86,5	54	88,5
		Tidak	0	0	7	13,5	7	11,5
16	Apakah anda merasa tidak berharga?	Ya	9	100	48	92,3	57	93,4
		Tidak	0	0	4	7,7	4	6,6
17	Apakah anda mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup?	Ya	9	100	50	96,2	59	96,7
		Tidak	0	0	2	3,8	2	3,3
18	Apakah anda merasa lelah sepanjang waktu?	Ya	8	88,9	40	76,9	48	78,7
		Tidak	1	11,1	12	23,1	13	21,3
19	Apakah anda mengalami rasa tidak enak di perut?	Ya	9	100	45	86,5	54	88,5
		Tidak	0	0	7	13,5	7	11,5
20	Apakah anda mudah lelah?	Ya	5	55,6	32	61,5	37	60,7
		Tidak	4	44,4	30	38,5	24	39,3

Dari tabel 4.1.3 diketahui bahwa pada pertanyaan 1 sampai pertanyaan 3, mayoritas responden memilih skala ya dengan masing – masing persentase pertanyaan 1 sebesar 62,3%, pertanyaan 2 sebesar 55,7%, dan pertanyaan 3 sebesar 50,8% sedangkan untuk pertanyaan 4 mayoritas responden memilih skala tidak dengan persentase sebesar 52,5%. Pada pernyataan 5 sampai pertanyaan 20 hampir semua responden memilih skala ya dengan persentase masing – masing responden untuk pertanyaan 5 sebesar 50,8%, pertanyaan 6 sebesar 78,7%, pertanyaan 7 sebesar 95,1%, pertanyaan 8 sebesar 88,5%, pertanyaan 9 sebesar 78,7%, pertanyaan 10

sebesar 72,1%, pertanyaan 11 sebesar 86,9%, pertanyaan 12 sebesar 68,9%, pertanyaan 13 sebesar 83,6%, pertanyaan 14 sebesar 95,1%, pertanyaan 15 sebesar 88,5%, pertanyaan 16 sebesar 93,4%, pertanyaan 17 sebesar 96,7%, pertanyaan 18 sebesar 78,7%, pertanyaan 19 sebesar 88,5%, dan pertanyaan 20 sebesar 60,7%.

Tabel 4.1.4 Prevalensi Kesehatan Mental

Kesehatan Mental	n	%
Gangguan	27	44,3
Tidak Gangguan	34	55,7
Total	61	100

Dari tabel 4.1.4 diketahui bahwa secara keseluruhan prevalensi kesehatan mental dengan kategori gangguan sebanyak 27 orang (44,3%) dan kategori tidak gangguan sebanyak 34 orang (55,7%). Secara total keseluruhan sebanyak 61 orang (100%).

**Tabel 4.1.5
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kesehatan Mental pada
ADHA dan Non ADHA di Sumatera Selatan tahun 2022**

Kesehatan Mental	Status HIV/AIDS				Total	
	ADHA		Non ADHA		N	%
	N	%	N	%		
Gangguan	8	88,9	19	36,5	27	44,3
Tidak Gangguan	1	11,1	33	63,5	34	55,7
Total	9	100	52	100	61	100

Sumber : Hasil Pengolahan Data Primer, 2022

Dari tabel 4.1.5 diketahui bahwa kesehatan mental dengan kategori Gangguan pada ADHA sebesar 8 orang (88,9%) sedangkan Non ADHA sebesar 19 orang (36,5%), dan kategori Tidak Gangguan pada ADHA sebesar 1 (11,1%) sedangkan Non ADHA sebesar 33 orang (63,5%).

II. Gangguan Perilaku

Tabel 4.1.6 Distribusi Frekuensi Skala Masalah Emosional Anak HIV Positif dan HIV Negatif

<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i>		HIV+ (n=13)		HIV - (n=52)	
		n	%	N	%
3. Sering mengeluh sakit kepala, sakit perut atau sakit-sakit lainnya	Tidak Benar	9	69.2	29	55.8
	Ragu-Ragu	2	15.4	12	23.1
	Benar	2	15.4	11	21.2
8. Banyak kekhawatiran atau sering tampak khawatir	Tidak Benar	6	46.2	27	51.9
	Ragu-Ragu	4	30.8	15	28.8
	Benar	3	23.1	10	19.2
13. Sering merasa tidak bahagia, sedih atau menangis	Tidak Benar	4	30.8	30	57.7
	Ragu-Ragu	2	15.4	17	32.7
	Benar	7	53.8	5	9.6
16. Gugup atau sulit berpisah dengan orang tua/pengasuhnya pada situasi baru, mudah kehilangan rasa percaya diri	Tidak Benar	2	15.4	23	44.2
	Ragu-Ragu	4	30.8	17	32.7
	Benar	7	53.8	12	23.1
24. Banyak yang ditakuti, mudah menjadi takut	Tidak Benar	4	30.8	21	40.4
	Ragu-Ragu	3	23.1	20	38.5
	Benar	6	46.2	11	21.2
Skala Masalah Emosional	<i>Abnormal</i>	7	53.8	11	21.2
	<i>Borderline</i>	2	15.4	7	13.5
	<i>Normal</i>	4	30.8	34	65.4

Dari tabel 4.1.6 dapat diketahui untuk skala masalah emosional pada anak HIV positif masing-masing terdapat 7 anak (53.8%) dengan kategori abnormal artinya skor anak tersebut tinggi dan berisiko tinggi untuk mengalami masalah emosional, 2 anak (15.4%) dengan kategori borderline artinya skor anak tersebut agak meningkat dan anak bisa merefleksikan masalah emosional. Serta terdapat 4 anak (30.8%) dengan kategori normal artinya anak tersebut tidak memiliki masalah emosional.

Pada anak dengan HIV negatif masing-masing terdapat terdapat 11 anak (21.2%) dengan kategori abnormal artinya skor anak tersebut tinggi dan berisiko tinggi untuk mengalami masalah emosional. 7 anak (13.5%) dengan kategori borderline artinya skor anak tersebut agak meningkat dan anak bisa merefleksikan masalah emosional. Serta terdapat 34 anak (65.4%) dengan kategori normal artinya anak tersebut tidak mengalami masalah emosional.

Tabel 4.1.7
Distribusi Frekuensi Skala Masalah Tingkah Laku
Anak HIV Positif dan HIV Negatif

<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i>		HIV+ (n=13)		HIV - (n=52)	
		n	%	n	%
5. Sering sulit mengendalikan kemarahan	Tidak Benar	6	46.2	36	69.2
	Ragu-Ragu	4	30.8	10	19.2
	Benar	3	23.1	6	11.5
7. Umumnya bertingkah laku baik, biasanya melakukan apa yang disuruh oleh orang dewasa	Tidak Benar	3	23.1	23	44.2
	Ragu-Ragu	7	53.8	21	40.4
	Benar	3	23.1	8	15.4
12. Sering berkelahi dengan anak-anak lain atau mengintimidasi mereka	Tidak Benar	9	69.2	29	55.8
	Ragu-Ragu	1	7.7	16	30.8
	Benar	3	23.1	7	13.5
18. Sering berbohong atau berbuat curang	Tidak Benar	7	53.8	34	65.4
	Ragu-Ragu	2	15.4	9	17.3
	Benar	4	30.8	9	17.3
22. Mencuri dari rumah, sekolah atau tempat lain	Tidak Benar	13	100	48	92.3
	Ragu-Ragu	0	0.0	4	7.7
	Benar	0	0.0	0	0.0
Skala Masalah Tingkah Laku	<i>Abnormal</i>	5	38.5	10	19.2
	<i>Borderline</i>	0	0.0	7	13.5
	<i>Normal</i>	8	61.5	35	67.3

Dari tabel 4.1.7 dapat diketahui untuk skala masalah tingkah laku negatif pada anak HIV positif masing-masing terdapat 5 anak (38.5%) dengan kategori abnormal artinya skor anak tersebut tinggi dan berisiko tinggi untuk mengalami masalah tingkah laku yang negatif. Serta terdapat 8 anak (61.5%) dengan kategori normal artinya anak tersebut tidak memiliki masalah tingkah laku yang negatif.

Pada anak dengan HIV negatif masing-masing terdapat terdapat 10 anak (19.2%) dengan kategori abnormal artinya skor anak tersebut tinggi dan berisiko tinggi untuk mengalami masalah tingkah laku negatif. 7 anak (13.5%) dengan kategori borderline artinya skor anak tersebut agak meningkat dan anak bisa merefleksikan masalah tingkah laku negatif. Serta terdapat 35 anak (67.3%) dengan kategori normal artinya anak tersebut tidak mengalami masalah tingkah laku negatif.

Tabel 4.1.8
Distribusi Frekuensi Skala Hiperaktivitas
Anak HIV Positif dan HIV Negatif

<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i>		HIV+ (n=13)		HIV - (n=52)	
		n	%	n	%
2. Gelisah, terlalu aktif, tidak dapat diam untuk waktu lama	Tidak Benar	1	7.7	19	36.5
	Ragu-Ragu	7	53.8	20	38.5
	Benar	5	38.5	13	25.0
10. Terus menerus bergerak dengan resah atau menggeliat-geliat	Tidak Benar	4	30.8	32	61.5
	Ragu-Ragu	3	23.1	13	25.0
	Benar	6	46.2	7	13.5
15. Mudah teralih perhatiannya, tidak dapat berkonsentrasi	Tidak Benar	2	15.4	19	36.5
	Ragu-Ragu	6	46.2	21	40.4
	Benar	5	38.5	12	23.1
21. Sebelum melakukan sesuatu ia berpikir dahulu tentang akibatnya	Tidak Benar	4	30.8	35	67.3
	Ragu-Ragu	6	46.2	12	23.1
	Benar	3	23.1	5	9.6
25. Memiliki perhatian yang baik terhadap apapun, mampu menyelesaikan tugas atau pekerjaan rumah sampai selesai	Tidak Benar	6	46.2	36	69.2
	Ragu-Ragu	6	46.2	13	25.0
	Benar	1	7.7	3	5.8
Skala Hiperaktivitas	<i>Abnormal</i>	2	15.4	1	1.9
	<i>Borderline</i>	2	15.4	3	5.8
	<i>Normal</i>	9	69.2	48	92.3

Dari tabel 4.1.8 dapat diketahui untuk skala hiperaktivitas pada anak HIV positif masing-masing terdapat 2 anak (15.4%) dengan kategori abnormal artinya skor anak tersebut tinggi dan berisiko tinggi untuk mengalami hiperaktivitas. 2 anak (15.4%) dengan kategori borderline artinya skor anak tersebut agak meningkat dan anak bisa merefleksikan masalah hiperaktivitas. Serta terdapat 9 anak (69.2%) dengan kategori normal artinya anak tersebut tidak memiliki masalah hiperaktivitas.

Pada anak dengan HIV negatif masing-masing terdapat terdapat 1 anak (1.9%) dengan kategori abnormal artinya skor anak tersebut tinggi dan berisiko tinggi untuk mengalami masalah hiperaktivitas. 3 anak (5.8%) dengan kategori borderline artinya skor anak tersebut agak meningkat dan anak bisa merefleksikan masalah hiperaktivitas. Serta terdapat 48 anak (92.3%) dengan kategori normal artinya anak tersebut tidak mengalami masalah hiperaktivitas.

Tabel 4.1.9
Distribusi Frekuensi Skala Masalah Teman Sebaya
Anak HIV Positif dan HIV Negatif

<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i>		HIV+ (n=13)		HIV - (n=52)	
		n	%	n	%
6. Cenderung menyendiri, lebih suka bermain seorang diri	Tidak Benar	6	46.2	27	51.9
	Ragu-Ragu	4	30.8	11	21.2
	Benar	3	23.1	14	26.9
11. Mempunyai satu atau lebih teman baik	Tidak Benar	9	69.2	45	86.5
	Ragu-Ragu	3	23.1	5	9.6
	Benar	1	7.7	2	3.8
14. Pada umumnya disukai oleh anak-anak lain	Tidak Benar	9	69.2	34	65.4
	Ragu-Ragu	3	23.1	13	25.0
	Benar	1	7.7	5	9.6
19. Diganggu, dipermainkan, di intimidasi atau di ancam oleh anak-anak lain	Tidak Benar	8	61.5	35	67.3
	Ragu-Ragu	4	30.8	7	13.5
	Benar	1	7.7	10	19.2
23. Lebih mudah berteman dengan orang dewasa daripada dengan anak-anak lain	Tidak Benar	1	7.7	10	19.2
	Ragu-Ragu	4	30.8	18	34.6
	Benar	8	61.5	24	46.2
Skala Masalah Teman Sebaya	<i>Abnormal</i>	3	23.1	11	21.2
	<i>Borderline</i>	7	53.8	15	28.8
	<i>Normal</i>	3	23.1	26	50

Dari tabel 4.1.9 dapat diketahui untuk skala masalah teman sebaya pada anak HIV positif masing-masing terdapat 3 anak (23.1%) dengan kategori abnormal artinya skor anak tersebut tinggi dan berisiko tinggi untuk mengalami masalah dengan teman sebaya, 7 anak (53.8%) dengan kategori borderline artinya skor anak tersebut agak meningkat dan anak bisa merefleksikan masalah dengan teman sebaya. Serta terdapat 3 anak (23.1%) dengan kategori normal artinya anak tersebut tidak memiliki masalah dengan teman sebaya.

Pada anak dengan HIV negatif masing-masing terdapat terdapat 11 anak (21.2%) dengan kategori abnormal artinya skor anak tersebut tinggi dan berisiko tinggi untuk mengalami masalah dengan teman sebaya. 15 anak (28.8%) dengan kategori borderline artinya skor anak tersebut agak meningkat dan anak bisa merefleksikan masalah dengan teman sebaya. Serta terdapat 26 anak (50%) dengan kategori normal artinya anak tersebut tidak mengalami masalah dengan teman sebaya.

Tabel 4.1.10
Distribusi Frekuensi Skala Perilaku Prososial
Anak HIV Positif dan HIV Negatif

<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i>		HIV+ (n=13)		HIV - (n=52)	
		n	%	n	%
1. Dapat memperdulikan perasaan orang lain	Tidak Benar	2	15.4	2	3.8
	Ragu-Ragu	0	0.0	5	9.6
	Benar	11	84.6	45	86.5
4. Kalau mempunyai mainan, kesenangan, atau pensil, anak bersedia berbagi dengan anak-anak lain	Tidak Benar	4	30.8	3	5.8
	Ragu-Ragu	2	15.4	6	11.5
	Benar	7	53.8	43	82.7
9. Suka menolong jika seseorang terluka, kecewa atau merasa sakit	Tidak Benar	2	15.4	8	15.4
	Ragu-Ragu	2	15.4	6	11.5
	Benar	9	69.2	38	73.1
17. Bersikap baik terhadap anak-anak yang lebih muda	Tidak Benar	2	15.4	2	3.8
	Ragu-Ragu	4	30.8	9	17.3
	Benar	7	53.8	41	78.8
20. Sering menawarkan diri untuk membantu orang lain (orang tua, guru, anak-anak lain)	Tidak Benar	0	0.0	3	5.8
	Ragu-Ragu	3	23.1	7	13.5
	Benar	10	76.9	42	80.5
Skala Prososial (Kekuatan)	<i>Abnormal</i>	2	15.4	1	1.9
	<i>Borderline</i>	1	7.7	2	3.8
	<i>Normal</i>	10	76.9	49	90.8

Dari tabel 4.1.10 dapat diketahui untuk skala perilaku prososial pada anak HIV positif masing-masing terdapat 2 anak (15.4%) dengan kategori abnormal artinya skor anak tersebut tinggi dan berisiko tinggi untuk memiliki masalah pada perilaku prososial, 1 anak (7.7%) dengan kategori borderline artinya skor anak tersebut agak meningkat dan anak bisa merefleksikan masalah perilaku prososial perilaku. Serta terdapat 10 anak (76.9%) dengan kategori normal artinya anak tersebut tidak memiliki masalah perilaku prososial.

Pada anak dengan HIV negatif masing-masing terdapat terdapat 1 anak (1.9%) dengan kategori abnormal artinya skor anak tersebut tinggi dan berisiko tinggi untuk mengalami masalah perilaku prososial. 2 anak (3.8%) dengan kategori borderline artinya skor anak tersebut agak meningkat dan anak bisa merefleksikan masalah perilaku prososial. Serta terdapat 49 anak (90.8%) dengan kategori normal artinya anak tersebut tidak mengalami masalah perilaku prososial.

Tabel 4.1.11
Distribusi Risiko Gangguan Perilaku berdasarkan Status HIV

Variabel	Status HIV Anak			
	HIV + (n=13)		HIV - (n=52)	
	n	%	n	%
Risiko Gangguan Perilaku				
Ya	9	69.2	14	26.9
Tidak	4	30.8	38	73.1

Dari tabel 4.1.11 dapat diketahui distribusi frekuensi risiko gangguan perilaku pada kelompok HIV positif dan HIV negatif, pada kelompok anak HIV positif anak yang berisiko mengalami gangguan lebih banyak dengan jumlah 9 anak (69.2%) daripada yang tidak berisiko mengalami gangguan perilaku ada 4 anak (26.9%). Pada kelompok anak HIV negatif paling banyak anak yang tidak berisiko untuk mengalami gangguan perilaku yaitu ada 38 anak (73.1%) dan yang berisiko ada sebanyak 14 anak (26.9%).

Tabel 4.1.12
Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Terkait Kualitas Hidup

No	Pertanyaan	Tidak Pernah		Hampir Tidak Pernah		Kadang-Kadang		Selalu		Hampir Selalu	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fungsi Fisik											
1.	Saya sulit untuk berjalan jauh	43	70,5	5	8,2	5	8,2	7	11,5	1	1,6
2.	Saya sulit untuk berlari	44	72,1	6	9,8	6	9,8	5	8,2	0	0
3.	Saya sulit untuk berolahraga atau latihan fisik	43	70,5	4	6,6	8	13,1	3	4,9	3	4,9
4.	Saya sulit untuk mengangkat benda berat	40	65,6	7	11,5	10	16,4	3	4,9	1	1,5
5.	Saya sulit untuk mandi sendiri	55	90,2	2	3,3	2	3,3	1	1,6	1	1,6
6.	Saya sulit untuk melakukan pekerjaan rumah tangga	44	72,1	4	6,6	8	13,1	4	6,6	1	1,6
7.	Saya merasa sakit	37	60,7	7	11,5	14	23	3	4,9	0	0
8.	Saya memiliki sedikit tenaga	41	67,2	4	6,6	9	14,8	7	11,5	0	0

Fungsi Emosional											
1.	Saya merasa takut	20	32,8	9	14,8	17	27,9	13	21,3	2	3,3
2.	Saya merasa sedih	23	37,3	8	13,1	18	29,5	10	16,4	2	3,3
3.	Saya merasa marah	23	37,7	9	14,8	16	26,2	12	19,7	1	1,6
4.	Saya sulit tidur	31	50,8	5	8,2	14	23	8	13,1	3	4,9
5.	Saya merasa khawatir tentang apa yang akan terjadi	26	42,6	9	14,8	14	23	7	11,5	5	8,2
Fungsi Sosial											
1.	Saya memiliki masalah jika bersama anak-anak lain	45	73,8	4	6,6	11	18	1	1,6	0	0
2.	Anak-anak yang lain tidak mau menjadi teman saya	48	78,7	6	9,8	6	9,8	1	1,6	0	0
3.	Anak-anak yang lain mengejek saya	38	62,3	5	8,2	13	21,3	5	8,2	0	0
4.	Saya tidak dapat melakukan kegiatan yang teman-teman seusia saya dapat lakukan	52	85,2	4	6,6	4	6,6	1	1,6	0	0
5.	Saya sulit untuk berteman	49	80,3	4	6,6	4	6,6	4	6,6	0	0
Fungsi Sekolah											
1.	Saya sulit fokus belajar di dalam kelas	29	47,5	4	14,8	12	1,7	5	8,2	6	9,8
2.	Saya sering lupa	16	26,2	15	24,6	15	24,6	13	21,3	2	3,3
3.	Saya tidak dapat mengerjakan tugas sekolah	27	44,3	15	24,6	14	23	5	8,2	0	0
4.	Saya tidak masuk sekolah karena merasa tidak enak badan	18	29,5	20	32,8	17	27,9	4	6,6	2	3,3
5.	Saya tidak masuk sekolah karena pergi ke dokter	20	32,8	19	31,1	18	29,5	3	4,9	1	1,6

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 4.1.12 menunjukkan bahwa kualitas hidup pada domain fisik 70,5% responden tidak kesulitan untuk berjalan jauh, 72,1 responden tidak

kesulitan untuk berlari, 70,5% responden tidak kesulitan untuk berolahraga atau latihan fisik, 65,6% responden tidak pernah kesulitan mengangkat beban berat, 90,2% responden dapat mandi sendiri, 72,1% responden tidak kesulitan dalam melakukan pekerjaan rumah tangga, 60,7% responden tidak pernah sakit dalam satu bulan terakhir dan 67,2% responden selalu memiliki tenaga yang cukup.

Pada domain emosional menunjukkan bahwa 32,8% responden tidak pernah merasa takut, 37,7% responden tidak pernah merasa sedih, 37,7% responden tidak pernah merasa marah, 50,8% responden tidak pernah kesulitan untuk tidur, dan 42,6% responden tidak pernah merasa khawatir tentang apa yang akan terjadi.

Pada domain sosial menunjukkan bahwa 73,8% responden tidak pernah memiliki masalah jika bersama anak lain, 78,7% responden tidak pernah ditolak dalam berteman, 62,3% responden tidak pernah diejek teman sebaya, 85,2% responden dapat melakukan kegiatan yang teman seusianya dapat lakukan, dan 80,3% responden tidak pernah kesulitan untuk berteman.

Pada domain sekolah menunjukkan bahwa 47,5% responden tidak pernah kesulitan untuk fokus dalam belajar, 26,2% responden tidak pernah lupa, 44,3% responden tidak pernah kesulitan dalam mengerjakan tugas sekolah, 32,8% responden hampir tidak pernah untuk absen sekolah karena merasa tidak enak badan dan 32,8% responden tidak pernah absen sekolah karena pergi ke dokter.

Tabel 4.1.13
Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Berdasarkan Domain pada ADHA dan Non ADHA

Variabel	ADHA (n = 9)		Non ADHA (n = 52)	
	Mean \pm SD	Min - Max	Mean \pm SD	Min - Max
Skor Total Kualitas Hidup	75,72 \pm 13,22	50 – 89	79,49 \pm 13,16	48 – 97
Fungsi Fisik	80,56 \pm 13,86	44 – 94	85,94 \pm 17,38	41 – 100
Fungsi Emosional	62,78 \pm 22,79	15 – 95	67,98 \pm 25,19	15 – 100
Fungsi Sosial	89,44 \pm 11,02	70 – 100	88,85 \pm 16,25	40 – 100
Fungsi Sekolah	67,22 \pm 18,39	30 – 85	70,67 \pm 15,53	45 – 100

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 4.1.13 diatas menunjukkan bahwa skor rata-rata total kualitas hidup pada ADHA sebesar 75,72 dimana lebih rendah dibanding skor rata-rata total kualitas hidup pada non ADHA sebesar 79,49. Pada ADHA, skor rata-rata kualitas hidup tertinggi berada pada domain fungsi sosial sebesar 89,44 sedangkan skor rata-rata kualitas

hidup terendah berada pada domain fungsi emosional sebesar 62,78. Pada kelompok non ADHA, skor rata-rata kualitas hidup tertinggi berada pada domain fungsi sosial sebesar 88,85 dan skor rata-rata kualitas hidup terendah berada pada domain fungsi emosional sebesar 67,98.

Tabel 4.1.14
Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup pada ADHA dan Non ADHA

Kualitas Hidup	Status Anak			
	ADHA		Non ADHA	
	n	%	n	%
Buruk	6	66,7	24	46,2
Baik	3	33,3	28	53,8
Total	9	100	52	100

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 4.1.14 menunjukkan bahwa mayoritas responden ADHA memiliki kualitas hidup yang buruk yaitu sebanyak 66,7% sedangkan mayoritas responden non ADHA memiliki kualitas hidup yang baik yaitu sebesar 53,8%.

Tabel 4.15
Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Terkait Tingkat Kecerdasan Emosional

No	Pernyataan	Sangat Setuju (SS)		Setuju (S)		Tidak Setuju (TS)		Sangat Tidak Setuju (STS)	
		n	%	n	%	n	%	N	%
1	Saya tahu kapan saya marah	22	36,1	22	36,1	5	8,2	12	19,7
2	Ketika seorang ibu dengan anak kecil berdiri di kendaraan umum, saya pura-pura tidur	6	9,8	6	9,8	28	45,9	21	34,4
3	Meskipun pandangan mereka berbeda dengan pandangan saya, saya selalu menghormati mereka	26	42,6	32	52,5	3	4,9	0	0
4	Ketika saya senang, saya suka berbagi makanan dengan teman-teman saya	41	67,2	13	21,3	6	9,8	1	1,6
5	Saya selalu menyelesaikan pekerjaan rumah saya segera setelah tugas itu diberikan kepada saya	21	34,4	27	44,3	13	21,3	0	0
6	Saya bersedia mendengarkan keluhan kesah dari orang lain	24	39,3	28	45,9	8	13,1	1	1,6

7	Setiap masalah yang saya hadapi, saya percaya ada solusinya Saya dapat mengurangi kecemasan saya ketika	29	47,5	28	45,9	2	3,3	2	3,3
8	saya ditolak dalam suatu kelompok dengan terlibat dalam kegiatan lain Saya dapat mengendalikan keinginan saya sendiri untuk kepentingan yang lebih besar	20	32,8	23	37,7	14	23,0	4	6,6
9	Selain teman-teman sekolah, saya memiliki banyak teman di luar sekolah	22	36,1	27	44,3	11	18,0	1	1,6
10	Ketika seorang teman mengeluh, saya menjadi lelah	40	65,6	8	13,1	9	14,8	4	6,6
11	Saya kesal dengan pandangan teman-teman saya yang berlawanan	7	11,5	11	18,0	26	42,6	17	27,9
12	Saya lebih suka berpura-pura tahu daripada harus bertanya	6	9,8	7	11,5	28	45,9	20	32,8
13	Saya bangga dengan apa yang saya miliki	10	16,4	13	21,3	25	41,0	13	21,3
14	Saya malu ketika memulai percakapan dengan seseorang yang baru saya temui	31	50,8	26	42,6	0	0	4	6,6
15	Saya sedih dengan kekurangan saya	13	21,3	27	44,3	14	23,0	7	11,5
16	Saya dapat dengan mudah merasakan bagaimana perasaan orang lain	8	13,1	15	24,6	14	23,0	24	39,3
17	Ketika saya memiliki banyak pekerjaan yang harus dilakukan, saya dapat mengendalikan emosi saya	15	24,6	31	50,8	11	18,0	4	6,6
18	Saya tidak cukup berani untuk menyapa orang terlebih dahulu	15	24,6	29	47,5	6	9,8	11	18,0
19	Tugas sekolah yang banyak membuatku sangat takut	13	21,3	17	27,9	13	21,3	18	29,5
20	Saya tidak bias melihat tanda-tanda kesedihan muncul	8	13,1	13	21,3	20	32,8	20	32,8
21	Ketika saya berada dalam kelompok baru, saya dapat	4	6,6	8	13,1	27	44,3	22	36,1
22		11	18,0	30	49,2	13	21,3	7	11,5

	menyelesaikan ceritanya								
38	Saya bisa merasakan kegembiraan saya meningkat	25	41,0	27	44,3	2	3,3	7	11,5
39	Saya merasa terganggu ketika teman-teman memberitahu saya tentang masalah mereka karena membuang waktu saya	0	0	6	9,8	29	47,5	26	42,6
40	Saya memilih untuk pura-pura tidak mengetahui penggalangan dana untuk teman yang sedang berduka	8	13,1	5	8,2	19	31,1	29	47,5
41	Saya senang bertemu orang baru dan bersosialisasi dengan mereka	22	36,1	30	49,2	7	11,5	2	3,3
42	Saya selalu menghindari pembicaraan dengan teman tentang konflik yang sedang terjadi antara saya dan teman saya	9	14,8	10	16,4	23	37,7	19	31,1
43	Saya sering lupa mengerjakan PR karena saya senang bermain <i>game</i>	12	19,7	23	37,7	16	26,2	10	16,4
44	Saya mampu menyelesaikan konflik antara saya dan teman-teman saya	8	13,1	42	68,9	10	16,4	1	1,6
45	Ketika menghadapi masalah yang membuat saya depresi, saya cenderung condong ke hal-hal negatif	4	6,6	10	16,4	23	37,7	24	39,3
46	Ketika saya bertemu guru, saya selalu menyapa mereka								
47	Meskipun saya tidak sekelas dengan teman-teman saya, saya bias bergaul dengan baik dengan mereka	23	37,7	28	45,9	4	6,6	6	9,8
48	Saya bersyukur memiliki sekelompok teman yang telah mencapai banyak hal	20	32,8	32	52,5	8	13,1	1	1,6
49	Saat naik angkutan umum, saya selalu mengutamakan orang yang lebih tua	34	55,7	15	24,6	10	16,4	2	3,3
50	Kecemasan saya semakin meningkat	24	39,3	26	42,6	10	16,4	1	1,6
		25	41,0	22	36,1	11	18,0	3	4,9

51	Ketika saya mendapatkan lebih banyak uang saku, saya lebih sering membelanjakannya daripada menabung	9	14,8	15	34,6	20	32,8	17	27,9
----	--	---	------	----	------	----	------	----	------

Berdasarkan tabel 4.1.15 di atas menunjukkan bahwa terdapat 3 pernyataan yang sudah direspon baik oleh responden, yaitu sebanyak 41 orang (67,2%) responden mempunyai sifat dermawan. Selain itu sebanyak 40 orang (65,6%) responden mudah bergaul. Kemudian sebanyak 34 orang (55,7%) responden memiliki teman-teman dengan prestasi yang baik. Namun terdapat juga 3 pernyataan yang belum tepat dijawab oleh responden, yaitu sebanyak 32 orang (52,5%) responden tidak bertanggung jawab terhadap suatu masalah. Selain itu sebanyak 29 orang (47,5%) responden tidak setuju karena keberatan apabila teman bercerita tentang kesulitannya dan akan membuang waktu saja. Kemudian sebanyak 28 orang (45,9%) responden tidak setuju untuk pura-pura tidur ketika ada ibu membawa anak kecil berdiri saat naik kendaraan umum.

Tabel 4.1.16
Skor Rata-rata Tingkat Kecerdasan Emosional

Variabel	Mean	Standar Deviasi	Minimum-Maksimum
Tingkat Kecerdasan Emosional	151,79	19,115	83-197

Berdasarkan tabel 4.1.16 di atas menunjukkan bahwa mean dari variabel tingkat kecerdasan emosional adalah 151,79 dengan nilai rentang skor 83-197. Nilai tersebut digunakan dalam pengkategorian variabel tingkat kecerdasan emosional. Adapun hasil kategori disajikan dalam bentuk tabel sebagai berikut.

Tabel 4.1.17
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Tingkat Kecerdasan Emosional

Tingkat Kecerdasan Emosional	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Tinggi	53	86,9
Rendah	8	13,1
Total	61	100,0

Berdasarkan tabel 4.1.17 di atas menunjukkan bahwa total responden yang mempunyai tingkat kecerdasan emosional tinggi sebanyak 53 orang (86,9%) dan total responden yang mempunyai tingkat kecerdasan emosional rendah sebanyak 8 orang (13,1%).

Tabel 4.1.18
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Kecerdasan Emosional

Tingkat Kecerdasan Emosional	Status HIV/AIDS			
	ADHA		Non ADHA	
	n	%	n	%
Tinggi	7	77,8	46	88,5
Rendah	2	22,2	6	11,5

Berdasarkan tabel 4.1.18 di atas menunjukkan bahwa mayoritas responden pada kelompok ADHA memiliki tingkat kecerdasan emosional tinggi sebanyak 7 orang (77,8%) dibandingkan dengan responden yang memiliki tingkat kecerdasan emosional rendah sebanyak 2 orang (22,2%). Sedangkan pada kelompok non ADHA mayoritas responden memiliki tingkat kecerdasan emosional tinggi sebanyak 46 orang (88,5%) dibandingkan dengan responden yang memiliki tingkat kecerdasan emosional rendah sebanyak 6 orang (11,5%).

Tabel 4.1.19
Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Terkait Tingkat Depresi

No	Pertanyaan	Tanpa Gejala		Gejala Ringan		Gejala Berat	
		n	%	n	%	n	%
1	Kesedihan	46	73,0	14	22,2	1	1,6
2	Perasaan gagal	31	49,2	26	41,3	4	6,3
3	Rasa bersalah	29	46,0	31	49,2	1	1,6
4	Kemurungan	39	61,9	21	33,3	1	1,6
5	Cita diri negatif	52	82,5	6	9,5	3	4,8
6	Kekhawatiran	42	66,7	14	22,2	5	7,9
7	Kebencian pada diri	48	76,2	8	12,7	5	7,9
8	Penyalahan diri	40	63,5	15	23,8	6	9,5
9	Bunuh diri	55	87,3	3	4,8	3	4,8
10	Tangisan	45	71,4	12	19,0	4	6,3
11	Ketergantungan	48	76,2	9	14,3	4	6,3
12	Penarikan diri	51	81,0	8	12,7	2	3,2
13	Keputusan	24	38,1	28	44,4	9	14,3
14	Penampilan	46	73,0	14	22,2	1	1,6

15	Motivasi	41	65,1	10	15,9	10	15,9
16	Gangguan tidur	36	57,1	5	7,9	20	31,7
17	Kepenatan	50	79,4	6	9,5	5	7,9
18	Nafsu makan	42	66,7	11	17,5	8	12,7
19	Kesehatan	37	58,7	17	27,0	7	11,1
20	Kesepian	47	74,6	11	17,5	3	4,8
21	Kebosanan	50	79,4	6	9,5	5	7,9
22	Persahabatan	53	84,1	8	12,7	0	0
23	Inkompetensi	45	71,4	11	17,4	5	7,9
24	Ketidakmampuan	30	47,6	23	36,5	8	12,7
25	Perasaan cinta	52	82,5	6	9,5	3	4,8
26	Kebimbangan	49	77,8	11	17,5	1	1,6
27	Masalah pergaulan	60	95,2	1	1,6	0	0

Tabel 4.1.20
Distribusi Frekuensi Tingkat Depresi pada ADHA dan Non ADHA

Tingkat Depresi	Status Anak			
	ADHA		Non ADHA	
	n	%	n	%
Depresi	6	66,7	13	25
Tanpa gejala	3	33,3	39	75
Total	9	100	52	100

Pada tabel 4.1.20 dapat dilihat bahwa pada kelompok ADHA lebih banyak mengalami gejala depresi, yakni sebanyak 6 responden (66,7%). Sedangkan pada kelompok non ADHA lebih banyak tidak mengalami gejala depresi sebanyak 39 responden (75%).

Tabel 4.1.21
Karakteristik Nilai Skor CDI

Skor CDI	ADHA (n = 9)		Non ADHA (n = 52)	
	Mean (\pm SD)	Median (min-max)	Mean (\pm SD)	Median (min-max)
Total CDI	13,11 (\pm 5,65)	15 (3-19)	8,39 (\pm 6,04)	7,5 (1-31)
• Negative mood	3,33 (\pm 1,73)	4 (0-6)	1,79 (\pm 1,60)	1 (0-6)
• Interpersonal problem	1,56 (\pm 1,13)	1 (0-3)	0,73 (\pm 1,09)	0 (0-5)
• Ineffectiveness	2,22 (\pm 1,09)	2 (1-4)	2,00 (\pm 1,63)	2 (0-5)
• Anhedonia	3,56 (\pm 2,74)	2 (0-8)	2,90 (\pm 2,40)	3 (0-12)
• Negative self-esteem	2,44 (\pm 1,33)	2 (1-5)	1,52 (\pm 1,66)	1 (0-7)

Pada tabel 4.1.21 dapat dilihat rata-rata skor total CDI dari kelompok ADHA sebesar 13,11 (\pm 5,65) dengan nilai median 15, sedangkan pada kelompok non ADHA nilai rata-rata sebesar 8,39 (\pm 6,04) dengan nilai median 7,5. Nilai dimensi CDI yang tertinggi adalah dimensi Anhedonia dengan rata-rata pada kelompok ADHA sebesar 3,56 (\pm 2,74) dan pada kelompok non ADHA sebesar 2,90 (\pm 2,40).

4.2 Analisis Bivariat

a. Hubungan Usia dengan Status Kesehatan

Tabel 4.2.1 Hubungan Usia dengan Status Kesehatan

Variabel	Status Kesehatan				p-value	OR 95% CI
	Tidak Normal		Normal			
	n	%	n	%		
Usia						
1 – 14	22	81,5	31	91,2	0,44	0,42 0,09 – 1,97
15 - 18	5	18,5	3	8,8		

Dari tabel 4.2.1 diketahui bahwa variabel usia dengan kategori 1 – 14 tahun pada status kesehatan tidak normal sebesar 81,5% dan normal sebesar 91,2%. Responden dengan kategori usia 15 -18 tahun pada status kesehatan tidak normal sebesar 18,5% dan normal sebesar 8,8%.

Dengan nilai p value sebesar 0,44 atau $p > 0,05$ yang artinya variabel usia tidak memiliki hubungan dengan status kesehatan.

b. Hubungan Jenis Kelamin dengan Status Kesehatan

Tabel 4.2.2 Hubungan Jenis Kelamin dengan Status Kesehatan

Variabel	Status Kesehatan				p-value	OR 95% CI
	Tidak Normal		Normal			
	n	%	n	%		
Jenis Kelamin						
Laki – Laki	17	63,0	20	58,8	0,74	1,19 0,42 – 3,35
Perempuan	10	37,0	14	41,2		

Dari tabel 4.2.2 diketahui bahwa variabel jenis kelamin dengan kategori laki – laki pada status kesehatan tidak normal sebesar 63,0% dan normal sebesar 58,8%. Responden dengan kategori perempuan pada status kesehatan tidak normal sebesar 37,0% dan normal sebesar 41,2%. Dengan nilai p value sebesar 0,74 atau $p > 0,05$ yang artinya variabel jenis kelamin tidak memiliki hubungan dengan status kesehatan.

c. Hubungan Riwayat Penyakit dengan Status Kesehatan

Tabel 4.2.3 Hubungan Riwayat Penyakit dengan Status Kesehatan

Variabel	Status Kesehatan				p-value	OR 95% CI
	Tidak Normal		Normal			
	n	%	n	%		
Riwayat Penyakit						
Ya	3	11,1	4	11,8	1,00	0,93 0,19 – 4,59
Tidak	24	88,9	30	88,2		

Dari tabel 4.2.3 diketahui bahwa variabel riwayat penyakit dengan kategori ya pada status kesehatan tidak normal sebesar 11,1% dan normal sebesar 11,8%. Responden dengan kategori tidak pada status kesehatan tidak normal sebesar 88,9% dan normal sebesar 88,2%. Dengan nilai p value sebesar 1,00 atau $p > 0,05$ yang artinya variabel riwayat penyakit tidak memiliki hubungan dengan status kesehatan.

d. Hubungan Status Kelengkapan Orang Tua dengan Status Kesehatan

Tabel 4.2.4 Hubungan Status Kelengkapan Orang Tua dengan Status Kesehatan

Variabel	Status Kesehatan				p-value	OR 95% CI
	Tidak Normal		Normal			
	n	%	n	%		
Status Kelengkapan Orang Tua						
Tidak Lengkap	1	3,7	6	17,6	0,12	0,17 0,02 – 1,59
Lengkap	26	96,3	28	82,4		

Dari tabel 4.2.4 diketahui bahwa variabel status kelengkapan orang tua dengan kategori tidak lengkap pada status kesehatan tidak normal sebesar 3,7% dan normal sebesar 17,6%. Responden dengan kategori lengkap pada status kesehatan tidak normal sebesar 96,3% dan normal sebesar 82,4%. Dengan nilai p value sebesar 0,12 atau $p > 0,05$ yang artinya variabel status kelengkapan orang tua tidak memiliki hubungan dengan status kesehatan.

e. Hubungan Pekerjaan Orang Tua dengan Status Kesehatan

Tabel 4.2.5 Hubungan Pekerjaan Orang Tua dengan Status Kesehatan

Variabel	Status Kesehatan				p-value	OR 95% CI
	Tidak Normal		Normal			
	n	%	n	%		
Pekerjaan						
Tidak Bekerja	1	1,3	2	5,9	1,00	0,61 0,05 – 7,17
Bekerja	26	96,3	32	94,1		

Dari tabel 4.2.5 diketahui bahwa variabel pekerjaan orang tua dengan kategori tidak bekerja pada status kesehatan tidak normal sebesar 1,3% dan normal sebesar 5,9%. Responden dengan kategori bekerja pada status kesehatan tidak normal sebesar 96,3% dan normal sebesar 94,1%. Dengan nilai p value sebesar 1,00 atau $p > 0,05$ yang artinya variabel pekerjaan orang tua tidak memiliki hubungan dengan status kesehatan.

f. Hubungan Kesehatan Mental dengan Status Kesehatan

Tabel 4.2.6 Hubungan Kesehatan Mental dengan Status Kesehatan

Variabel	Status Kesehatan				p-value	OR 95% CI
	Tidak Normal		Normal			
	n	%	n	%		
Kesehatan Mental						
Gangguan	15	55,6	12	35,3	0,11	2,29 0,81 – 6,45
Tidak Gangguan	12	44,4	22	64,7		

Dari tabel 4.2.6 diketahui bahwa variabel kesehatan mental dengan kategori gangguan pada status kesehatan tidak normal sebesar 55,6% dan normal sebesar 35,3%. Responden dengan kategori tidak gangguan pada status kesehatan tidak normal sebesar 44,4% dan normal sebesar 64,7%. Dengan nilai p value sebesar 0,11 atau $p > 0,05$ yang artinya variabel kesehatan mental tidak memiliki hubungan dengan status kesehatan.

g. Hubungan Pola Asuh dengan Status Kesehatan

Tabel 4.2.7 Hubungan Pola Asuh dengan Status Kesehatan

Variabel	Status Kesehatan				p-value	OR 95% CI
	Tidak Normal		Normal			
	n	%	n	%		
Pola Asuh						
Non Demokratis	2	7,4	1	2,9	0,57	2,64 0,22 – 30,7
Demokratis	25	92,6	33	97,1		

Dari tabel 4.2.7 diketahui bahwa variabel pola asuh dengan kategori non demokratis pada status kesehatan tidak normal sebesar 1,3% dan normal sebesar 5,9%. Responden dengan kategori demokratis pada status kesehatan tidak normal sebesar 96,3% dan normal sebesar 94,1%. Dengan nilai p value sebesar 0,57 atau $p > 0,05$ yang artinya variabel pola asuh tidak memiliki hubungan dengan status kesehatan.

Pembahasan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa proporsi responden dengan status kesehatan tidak normal lebih sedikit dibandingkan dengan status kesehatan normal yaitu sebesar 44,26 %. Infeksi HIV dan kekurangan gizi tetap menjadi masalah kesehatan masyarakat yang signifikan bagi bayi dan anak-anak. Pada bayi dan anak-anak dengan kondisi ini, kekurangan gizi adalah salah satu penyebab utama kematian. Penatalaksanaan nutrisi yang tepat dan komplikasi nutrisi terkait pada kelompok ini dengan kebutuhan nutrisi yang meningkat merupakan tantangan utama, terutama di lingkungan miskin sumber daya yang prevalen HIV.²³

Malnutrisi pada anak merupakan faktor risiko utama untuk morbiditas dan mortalitas anak, menyebabkan sekitar setengah dari kematian anak secara global. Kerawanan pangan, kemiskinan dan adanya infeksi seperti HIV/AIDS adalah beberapa faktor yang mendasari kekurangan gizi pada masa kanak-kanak. Secara global, hampir 2,6 juta anak kurang dari 15 tahun telah terinfeksi virus HIV dan tingkat prevalensi malnutrisi antara 40-64% pada anak dengan HIV/AIDS²³⁻²⁵.

Untuk meningkatkan mekanisme pertahanan tubuh, anak-anak dengan HIV harus menjalani inisiasi obat antiretroviral (ARV) dan meningkatkan konsumsi nutrisi.

Intervensi gizi dini dapat memperlambat perkembangan, morbiditas dan mortalitas yang terkait dengan HIV/AIDS pada anak yang terinfeksi. Penilaian gizi merupakan komponen penting dari pengelolaan setiap anak yang terinfeksi HIV. Kekurangan gizi dideteksi dengan cara ini sehingga dukungan gizi untuk anak terinfeksi HIV dapat dipantau oleh status gizi mereka dan dapat diketahui faktor risiko kekurangan gizi. Pemantauan status gizi yang efektif juga harus diperhatikan untuk melihat perkembangan kesehatan anak dengan HIV terutama setelah menjalani terapi.^{26,27}

Beberapa penelitian menunjukkan tingginya prevalensi kekurangan gizi pada anak yang terinfeksi HIV, terutama di sub-Sahara Afrika. Terjadinya kedua kondisi tersebut saling terkait dalam lingkaran setan penyakit yang memburuk dan status gizi yang memburuk. Menurut WHO, intervensi diet untuk anak yang terinfeksi HIV harus fokus pada masalah ketahanan pangan, terutama dalam hal kuantitas dan kualitas makanan. Namun, pencapaian ketahanan pangan, aksesibilitas gizi, dan penanganan yang tepat dari komplikasi terkait gizi dari infeksi HIV sangat menantang, terutama di lingkungan miskin dengan sumber daya terbatas di mana sebagian besar infeksi HIV ada.²⁸⁻³⁰

Penularan HIV dari ibu HIV-positif ke anaknya selama kehamilan, persalinan, persalinan, atau menyusui disebut penularan dari ibu ke anak. Penularan dari Ibu ke Anak adalah kontributor yang signifikan terhadap pandemi HIV, terhitung 9% dari infeksi baru secara global. Dengan tidak adanya intervensi apapun, tingkat penularan berkisar antara 15% sampai 45%.^{31,32}

Pada infeksi HIV, kerusakan penghalang usus, penipisan populasi sel T CD4+ di usus, dan disregulasi imun mukosa mengakibatkan translokasi mikroba yang mendorong aktivasi imun sistemik. Dalam sebuah studi oleh Muenchhoff et al. (17), malnutrisi, usia, translokasi mikroba, monosit, dan aktivasi sel T CD8 secara independen terkait dengan penurunan tingkat pemulihan kekebalan CD4+ setelah 48 minggu ART.^{33,34}

II. LUARAN DAN TARGET CAPAIAN

No	Jenis Luaran	Indikator Capaian		Status Capaian
		TS*	TS+1	
Luaran Wajib				
1	Skripsi	X		Selesai
2	Publikasi karya Ilmiah			
	Nasional Terakreditasi Sinta 3, (Jurnal Poltekes Tanjungkarang))	Accepted	X	<i>Publish</i>
3	Luaran Tambahan			
	Produk atau proses yang berpotensi HKI		X	Selesai
	Oral presentation pada Seminar Nasional	X		Selesai

III. JADWAL KEGIATAN DAN TEMPAT RISET

Rencana Kegiatan	TAHUN-1 MULAI BULAN 3 SAMPAI BULAN 11-2021								
	3	4	5	6	7	8	9	10	11
PERSIAPAN									
Mengurus perijinan									
Kordinasi Tim									
Pelatihan Enumerator									
Uji Validitas dan Reliabilitas									
PENGUMPULAN DATA									
Kordinasi sebelum turun lapangan (Kelengkapan Kit dan penggandaan kuisisioner)									
Wawancara Responden									
Pemeriksaan Rekam Medis									
ANALISIS DATA									
Entry, editing dan cleaning data									
Pengolahan Data									
Analisis dan Interpretasi Data									
PENYUSUNAN LAPORAN AKHIR									
Penyusunan Laporan									
Penyusunan Manuscript untuk konferensi									
Penyusunan Manuscript untuk Publikasi jurnal									
Diseminasi Hasil Penelitian									

TEMPAT RISET

1. Komunitas Sriwijaya Plus
2. Fasilitas Kesehatan yang melayani VCT (Rumah Sakit Moh. Hoesin, Puskesmas Dempo, dan Puskesmas Boom Baru).

RSUP Dr Mohammad Hoesin Palembang (RSMH)

Selasa, 31 Maret 2020 21:29



puskesmas_dempo

Follow

826 posts 1,548 followers 75 following

PUSKESMAS DEMPO PALEMBANG

"SIAP MELAYANI DENGAN IHKLAS"

Akreditasi Paripurna

📍 jl. Kol. Atmo No.861 Kel.17 Ilir Kec. Ilir Timur I Kota Palembang Provinsi Sumsel



puskesboombaru

Follow

129 posts 268 followers 71 following

Puskesmas Boom Baru

Jl. Mayor Memet Sastrawirya No. 29 Lawang Kidul, Kec. Ilir Timur II / 0711-5625704

@ : puskesmasboombaru@ymail.com



sriwijayaplus

Follow

164 posts 478 followers 318 following

Yayasan Sriwijaya Plus

Red Ribbon for Respect

Palembang - South Sumatera - Indonesia

0711 5563515

#socialworker

sriwijayaplus.blogspot.com/2018/12/kampanye-nasional-nol-diskriminasi.html



**DINAS KESEHATAN
KOTA PRABUMULIH**

DAFTAR PUSTAKA

1. <https://www.kemkes.go.id/article/view/18120300001/hari-aids-sedunia-momen-stop-penularan-hiv-saya-berani-saya-sehat-.html>.
2. Mohan A, Shaikh MTA, Wara U-U, Rackimuthu S, Costa AC dos S, Lal PM, et al. HIV/AIDS among children in Ratodero, Pakistan amidst the COVID-19 pandemic: Challenges, efforts, and recommendations. *Clin Epidemiol Glob Heal* [Internet]. 2021;12:100878. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221339842100186X>
3. Sherr L, Cluver LD, Betancourt TS, Kellerman SE, Richter LM, Desmond C. Evidence of impact: health, psychological and social effects of adult HIV on children. *AIDS* [Internet]. 2014;28. Available from: https://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2014/07001/Evidence_of_impact_health,_psychological_and.5.aspx
4. Karim SSA, Baxter C. HIV incidence rates in adolescent girls and young women in sub-Saharan Africa. *Lancet Glob Heal*. 2019;7(11):e1470–1.
5. HIV UG. AIDS statistics—2018 fact sheet. Gauteng; 2019.
6. UNAIDS HI V. 90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS. 2014;
7. Bernard E, Bennett-Carlson R. Criminalization of HIV non-disclosure, exposure and transmission: background and current landscape. Geneva: UNAIDS. 2012;
8. Mutabazi SA, Jumanne S, Mpondo BCT, Mnzava DP. Prevalence of culture positive Tuberculosis and utility of a clinical diagnostic tool for the diagnosis of Tuberculosis among HIV Infected Children attending HIV/AIDS Care and Treatment in Dodoma Municipality, Central Tanzania. *Int J Infect Dis* [Internet]. 2020;96:593–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S120197122030432X>
9. Avert-2019: HIV and AIDS in Nigeria: <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/sub-saharan-africa/nigeria>.
10. Rico Januar Sitorus, Novrika sari RA. Stigma Sosial dan Efek Kepatuhan Berobat pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA). 2021;
11. Benki-Nugent S, Eshelman C, Dalton Wamalwa MmP, Langat A, Tapia K, Okinyi HM, et al. Correlates of age at attainment of developmental milestones in HIV-infected infants receiving early antiretroviral therapy. *Pediatr Infect Dis J*. 2015;34(1):55.

12. García-Navarro C, Jimenez de Ory S, Velo Higuera C, Zamora B, Prieto L, Ramos JT, et al. Significant differences between verbal and non-verbal intellectual scales on a perinatally HIV-infected cohort: from pediatrics to young adults. *Heliyon* [Internet]. 2020;6(4):e03600. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S240584402030445X>
13. Nsagha DS, Bissek A-CZK, Nsagha SM, Assob J-CN, Kamga H-LF, Njamnshi DM, et al. The burden of orphans and vulnerable children due to HIV/AIDS in Cameroon. *Open AIDS J*. 2012;6:245.
14. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Kajian Epidemiologi HIV Indonesia 2016*. 2016;1–66.
15. Li X, Chi P, Sherr L, Cluver L, Stanton B. Psychological resilience among children affected by parental HIV/AIDS: a conceptual framework. *Heal Psychol Behav Med* [Internet]. 2015 Jan 1;3(1):217–35. Available from: <https://doi.org/10.1080/21642850.2015.1068698>
16. Idele P, Gillespie A, Porth T, Suzuki C, Mahy M, Kasedde S, et al. Epidemiology of HIV and AIDS Among Adolescents: Current Status, Inequities, and Data Gaps. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr* [Internet]. 2014;66. Available from: https://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2014/07011/Epidemiology_of_HIV_and_AIDS_Among_Adolescents_2.aspx
17. Wang B, Li X, Barnett D, Zhao G, Zhao J, Stanton B. Risk and protective factors for depression symptoms among children affected by HIV/AIDS in rural China: A structural equation modeling analysis. *Soc Sci Med* [Internet]. 2012;74(9):1435–43. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953612001128>
18. Chi P, Li X, Zhao J, Zhao G. Vicious Circle of Perceived Stigma, Enacted Stigma and Depressive Symptoms Among Children Affected by HIV/AIDS in China. *AIDS Behav* [Internet]. 2014;18(6):1054–62. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0649-z>
19. Lemeshow SKLS. *Sample Size Determination in Health Studies*. World Health Organization; 1991. 1–77 p.
20. Kemenkes R. *Tabel Batas Ambang indeks Massa tubuh (IMT) - Direktorat P2PTM*. 2019.
21. Hartadi ST, Kaligis F, Ismail RI, Damping CE, Kurniati N. Gangguan Mental pada Anak dan Remaja dengan HIV serta Faktor-faktor yang Mempengaruhinya. *eJournal Kedokt Indones*. 2018;5(3).

22. Listiana D, Colin V, Syndita L. Hubungan Pola Asuh Ibu dengan Perilaku Sulit Makan pada Anak Usia Prasekolah. *J Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu*. 2020;8(2):128–34.
23. Fabusoro OK, Mejia LA. Nutrition in HIV-Infected Infants and Children: Current Knowledge, Existing Challenges, and New Dietary Management Opportunities. *Adv Nutr*. 2021;12(4):1424–37.
24. Rahman A. Significant risk factors for childhood malnutrition: evidence from an Asian developing country. *Sci J Public Heal*. 2016;4(1–1):16–27.
25. Jesson J, Masson D, Adonon A, Tran C, Habarugira C, Zio R, et al. Prevalence of malnutrition among HIV-infected children in Central and West-African HIV-care programmes supported by the Growing Up Programme in 2011: a cross-sectional study. *BMC Infect Dis*. 2015;15(1):1–12.
26. Sunguya BF, Poudel KC, Otsuka K, Yasuoka J, Mlunde LB, Urassa DP, et al. Undernutrition among HIV-positive children in Dar es Salaam, Tanzania: antiretroviral therapy alone is not enough. *BMC Public Health*. 2011;11(1):1–11.
27. Botros D, Somarriba G, Neri D, Miller TL. Interventions to address chronic disease and HIV: strategies to promote exercise and nutrition among HIV-infected individuals. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2012;9(4):351–63.
28. WHO. HIV/AIDS. 2021.
29. Penda CI, Moukoko ECE, Nolla NP, Evindi NOA, Ndombo PK. Malnutrition among HIV infected children under 5 years of age at the Laquintinie hospital Douala, Cameroon. *Pan Afr Med J*. 2018;30(1).
30. Gebre A, Reddy PS, Mulugeta A, Sedik Y, Kahssay M. Prevalence of malnutrition and associated factors among under-five children in pastoral communities of Afar Regional State, Northeast Ethiopia: a community-based cross-sectional study. *J Nutr Metab*. 2019;2019.
31. Shaffer N, Taylor M, Newman M, Nuwagira I, Bigirimana F, Regis MD, et al. WHO's path to elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. *BMJ*. 2020;368.
32. (UNAIDS) JUNP on H. Ending AIDS: Progress towards the 90-90-90 targets. *Glob AIDS Updat*. 2017;
33. Younas M, Psomas C, Reynes C, Cezar R, Kundura L, Portales P, et al. Microbial translocation is linked to a specific immune activation profile in HIV-1-infected adults with suppressed viremia. *Front Immunol*. 2019;10:2185.

34. Muenchhoff M, Healy M, Singh R, Roider J, Groll A, Kindra C, et al. Malnutrition in HIV-infected children is an indicator of severe disease with an impaired response to antiretroviral therapy. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2018;34(1):46–55.

LAMPIRAN

1. ROADMAP PENELITIAN

